

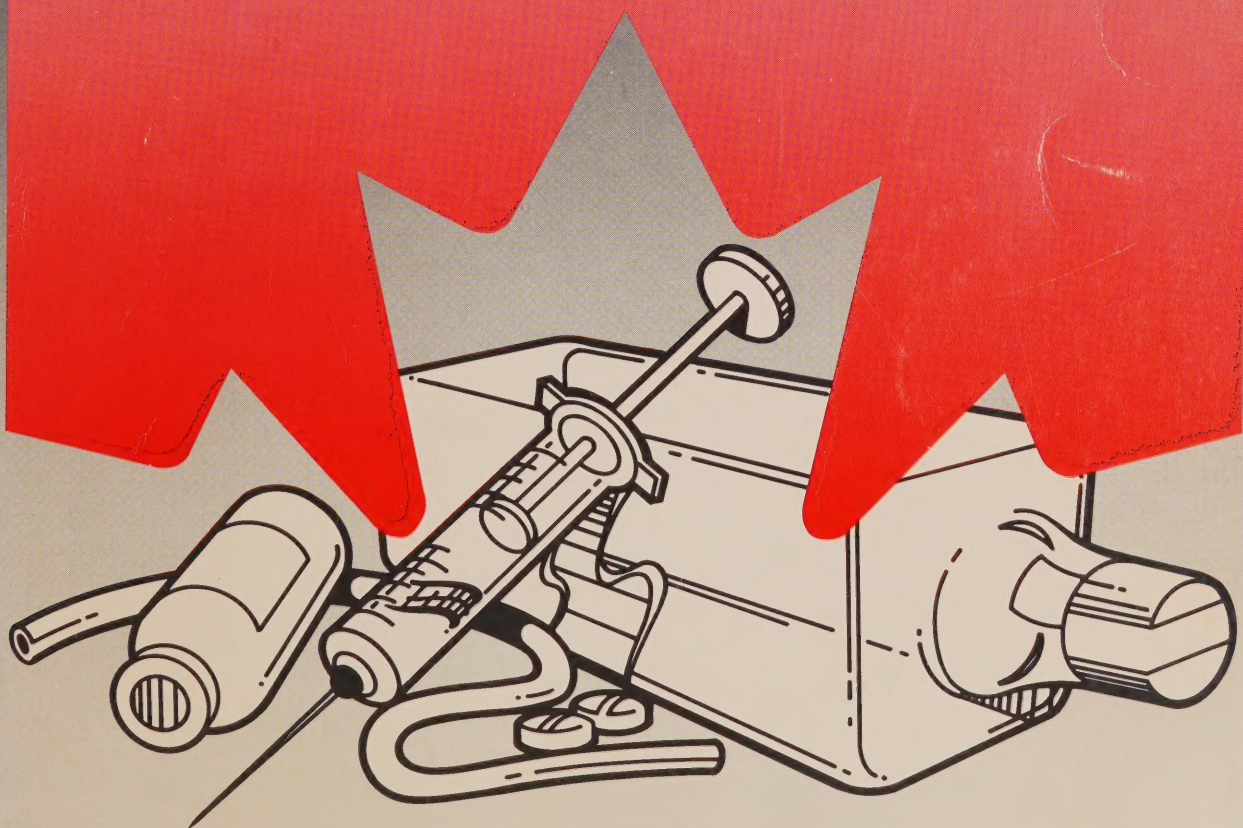
CAI
XC28
- 1987
B 55

Government
Publications

3 1761 11971695 9

"BOOZE, PILLS & DOPE"

Reducing Substance Abuse in Canada.





HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 28

Fascicule n° 28

Tuesday, August 4, 1987
Wednesday, August 5, 1987
Tuesday, September 1, 1987
Thursday, September 17, 1987

Mardi le 4 août 1987
Mercredi le 5 août 1987
Mardi le 1 septembre 1987
Jeudi le 17 septembre 1987

Chairman: Bruce Halliday

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du
Comité permanent de la*

**NATIONAL HEALTH
AND WELFARE**

**SANTÉ NATIONALE
ET DU BIEN-ÊTRE
SOCIAL**

RESPECTING:

In accordance with its mandate under Standing
Order 96(2), a study of Alcohol and Drug Abuse in
Canada.

CONCERNANT:

En conformité avec son mandat en vertu de l'article
96(2) du Règlement, une étude de l'abus de l'alcool
et des drogues au Canada.

INCLUDING:

The First Report to the House

Y COMPRIS:

Le Premier Rapport à la Chambre

Second Session of the
Thirty-Third Parliament
1986-1987

Deuxième session de la
Trente-troisième législature
1986-1987

**STANDING COMMITTEE ON NATIONAL
HEALTH AND WELFARE**

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Barry Turner

Members

Sheila Copps
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Howard McCurdy
Brian White

Acting Members

(Those who travelled with the Committee)

Gilles Grondin
Lorne McCuish

(Quorum 4)

Patricia Russell

Clerk of the Committee

**COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ
NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL**

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Barry Turner

Membres

Sheila Copps
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Howard McCurdy
Brian White

Membres suppléants

(Ceux qui ont voyagé avec le Comité)

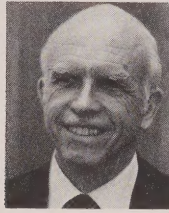
Gilles Grondin
Lorne McCuish

(Quorum 4)

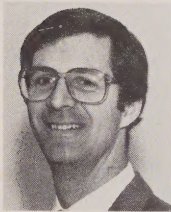
Le greffier du Comité

Patricia Russell

**STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH AND
WELFARE
MEMBERS**



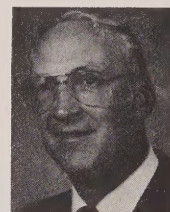
Bruce Halliday, P.C.
CHAIRMAN
Oxford (Ontario)



Barry Turner, P.C.
VICE CHAIRMAN
Ottawa-Carleton (Ontario)



Sheila Copps, Liberal
Hamilton East (Ontario)



Moe Mantha, P.C.
Nipissing (Ontario)



W. Paul McCrossan, P.C.
York-Scarborough (Ontario)



Howard McCurdy, N.D.P.
Windsor-Walkerville
(Ontario)



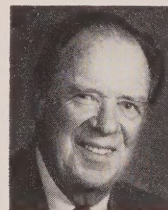
Brian White, P.C.
Dauphin-Swan River
(Manitoba)

ACTING MEMBERS

(Those who travelled with the Committee)



Gilles Grondin, Liberal
St-Maurice (Quebec)

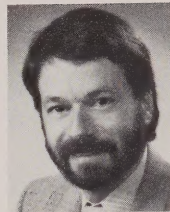


Lorne McCuish, P.C.
Prince George-Bulkley Valley
(British Columbia)

COMMITTEE STAFF



Patricia Russell
Clerk of the Committee



Paul D. Rosenbaum
Research Officer



Lena L'Ecuyer
Proofreader



Danielle Paquette
Secretary to the Clerk

Fiona Bladon, Administrative Assistant

Dominique Soudet, Translator, Secretary of State

June Murray, Library of Parliament, Editor

Georges Royer, Editor

**THE STANDING COMMITTEE ON
NATIONAL HEALTH AND WELFARE**

has the honour to present its

FIRST REPORT

In accordance with its mandate under Standing Order 96(2), your Committee agreed to study alcohol and drug abuse in Canada. Your Committee has heard evidence from individuals and organizations in the field of addictions and urges the Government to consider the recommendations contained herein.

ACKNOWLEDGEMENTS

The Standing Committee on National Health and Welfare wishes to express its appreciation to the individuals and organizations who cooperated with this study of substance abuse. The Committee is most grateful for the contribution of witnesses who appeared, often on very short notice, at public hearings in Ottawa, Toronto, Vancouver, Victoria and Edmonton.

We wish to thank the Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation in Toronto and the Nova Scotia Commission on Drug Dependency in Halifax who served as hosts to the Committee and as expert witnesses.

The Standing Committee acknowledges the excellent work of Paul D. Rosenbaum, Research Branch of the Library of Parliament, whose expertise, patience and dedication facilitated the progress of this work; and of Garth McNaughton, formerly of the Library of Parliament, who provided research and background papers during the initial stages of the inquiry.

The Committee expresses its appreciation to Patricia Russell, Clerk of the Committee, for excellent service in the management of the administrative and logistical aspects of the study.


Special thanks are extended to Gilles Grondin, M.P. and Lorne McCuish, M.P., who travelled with the Committee, and whose participation was appreciated.

Finally, the Committee wishes to thank the staff of the Committees and Private Legislation Directorate, Dominique Soudet of the Translation Bureau of the Secretary of State, June Murray, from the Library of Parliament, and Georges Royer, editors of the text, and the other services of the House of Commons which have provided assistance in this study.

BOOZE, PILLS AND DOPE: REDUCING SUBSTANCE ABUSE IN CANADA

TABLE OF CONTENTS

Table of contents.....	vi
Introduction.....	1
Prevention.....	9
Treatment and Rehabilitation	13
Native Alcohol and Drug Programs	15
Driving While Impaired	19
The Workplace.....	23
Beverage Alcohol	27
Supply Control	33
The profits of illicit drug trafficking.....	34
Drug paraphernalia	35
Prescription drugs	36
Professional Education and Training.....	37
Program Evaluation.....	39
National Centre on Substance Abuse.....	41
Research priorities	42
Summary of recommendations.....	45
Glossary	51
Appendix "A", Witnesses and submissions.....	55
Appendix "B", Other representations submitted to the Committee	65



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119716959>

**BOOZE, PILLS AND DOPE:
REDUCING SUBSTANCE ABUSE IN CANADA**

**REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON NATIONAL
HEALTH AND WELFARE
ON ALCOHOL AND DRUG ABUSE**

Bruce Halliday, M.P.
Chairman

OCTOBER 1987

REPORT OF THE HOUSE OF COMMONS STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH AND WELFARE

BOOZE, PILLS AND DOPE: REDUCING SUBSTANCE ABUSE IN CANADA

INTRODUCTION

In December 1986, the House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare began its study of drug abuse in Canada. While the initial focus of the examination was to be the illegal use of drugs, in response to consistent testimony heard by the Standing Committee the scope of the study was soon broadened to encompass other forms of substance abuse, both legal and illegal, including the abuse of alcohol, but excluding tobacco.

Throughout this report, the use of the terms “drug abuse” and “substance abuse” will refer to the abuse of any drug, whether licit or illicit. The terms will be applied to the abuse of “street drugs” such as cannabis and cocaine, use of solvents, abuse of prescription drugs and the abuse of alcohol.

In its hearings across Canada, the Standing Committee heard from experts in the field of addictions who voiced their concern about the abuse of all drugs, including prescription drugs and alcohol. In oral testimony and in briefs presented to the Standing Committee, witnesses expressed special concern about the extent and severity of the abuse of alcohol which, it became clear from these representations, is the most widely abused drug in Canada. It is also the most damaging in terms of prevalence of drug-related illness, premature death, accidents, family disruption, violence and other social and personal problems.

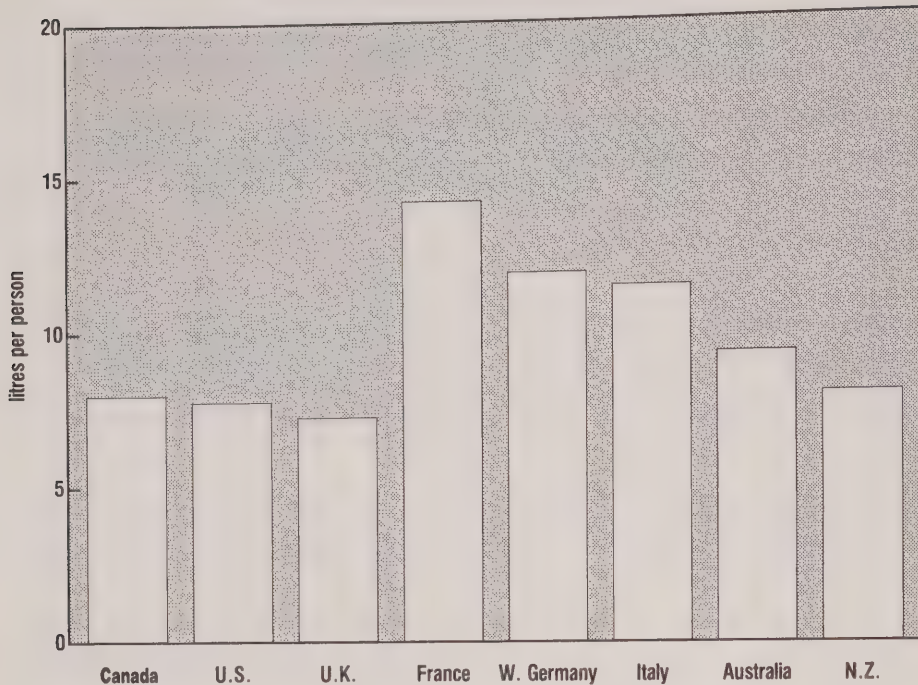
Concern over the extent of alcohol abuse was repeatedly expressed by health and social services professionals, addictions workers, those in the provincial addictions commissions, and parents’ groups and educators appearing before the Standing Committee. This concern was supported by the substance abuse statistics presented to the Standing Committee by researchers and program planners from provincial and federal agencies.

Dr. Reginald Smart, Director of Prevention Studies at the Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation (Addiction Research Foundation or ARF), commenting on per capita alcohol consumption told the Committee:

Canada ranks about twentieth out of 129 countries for which we have data on alcohol consumption. I think we want to constantly keep in mind that alcohol is the most important drug in Canada. It is the most important drug we have to worry about on all levels; on the level of epidemiology, on the level of education, on the level of treatment.

Comparisons in average alcohol consumption in 1984 between Canada and selected western countries are presented in Figure 1. Self-reported use of drugs by Canadian adults is presented in Figure 2.

Figure 1:
Per capita alcohol consumption for selected western countries, 1984



Source: Brewers Association of Canada

In a 1985 survey of Ontario high school students conducted by the Addiction Research Foundation, approximately 70% of students in grades 7 through 13 reported some consumption of alcohol within the last year.^{1,2} Among these alcohol users, most of whom reported alcohol use within the last month, almost half reported having consumed five or more drinks on a single occasion. No other drug in the survey approached alcohol in prevalence of use. But, as with almost all other drugs of abuse, Dr. Smart reported that there has been a recent decline in the rates of alcohol use among students. Results of these surveys are summarized in Figure 3.

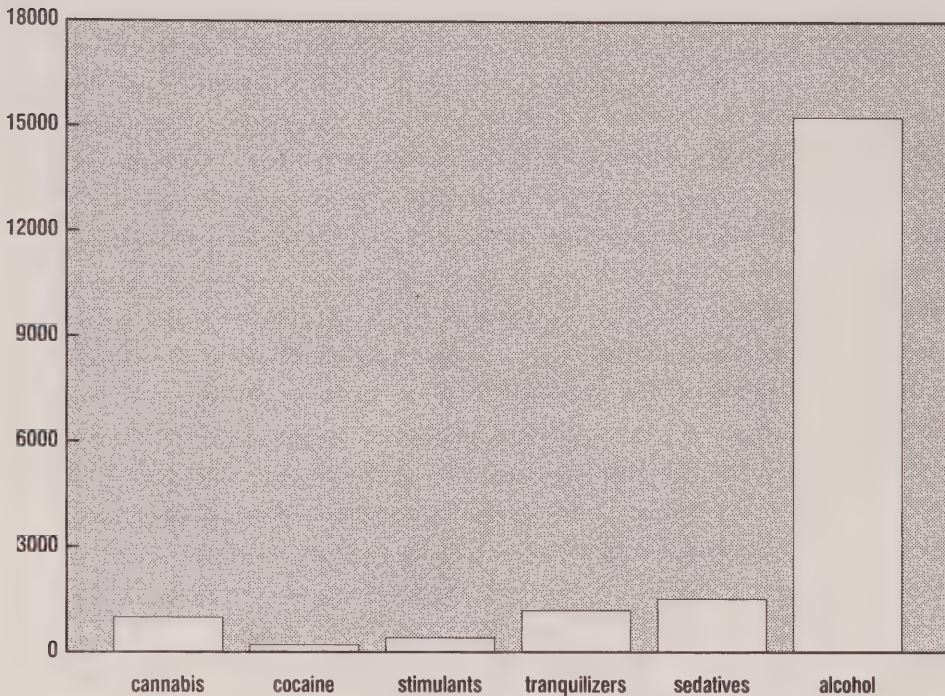
Concern was raised by several witnesses about the tendency of Canadians to minimize alcohol's potential for harm. Many Canadians do not consider alcohol to be a "drug". Mr. Howard Greenstein, Executive Director of the Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, indicated to the Standing Committee:

It [cannabis] tends to receive the most media attention. I think we also have to consider the fact that alcohol is an accepted drug of use within this country and... alcohol use is in fact promoted very vigorously in all the media. Many parents for several years were quite willing to tell their kids, "Look, I do not care if you drink, just do not use drugs".

¹ R.G. Smart, M.S. Goodstadt, E.M. Adlaf, M.A. Sheppard and G.C. Chan, "Trends in the Prevalence of Alcohol and Other Drug Use among Ontario Students: 1977-1973", *Canadian Journal of Public Health*, 76, May/June 1985, p. 157-162.

² R.G. Smart, E.M. Adlaf and M.S. Goodstadt, "Alcohol and Other Drug Use Among Ontario Students: an update," *Canadian Journal of Public Health*, 77, Jan/Feb 1986, p. 57-58.

Figure 2:
Self-reported licit and illicit drug use by adults in past 12 months, in thousands of users



Source: Health & Welfare Canada

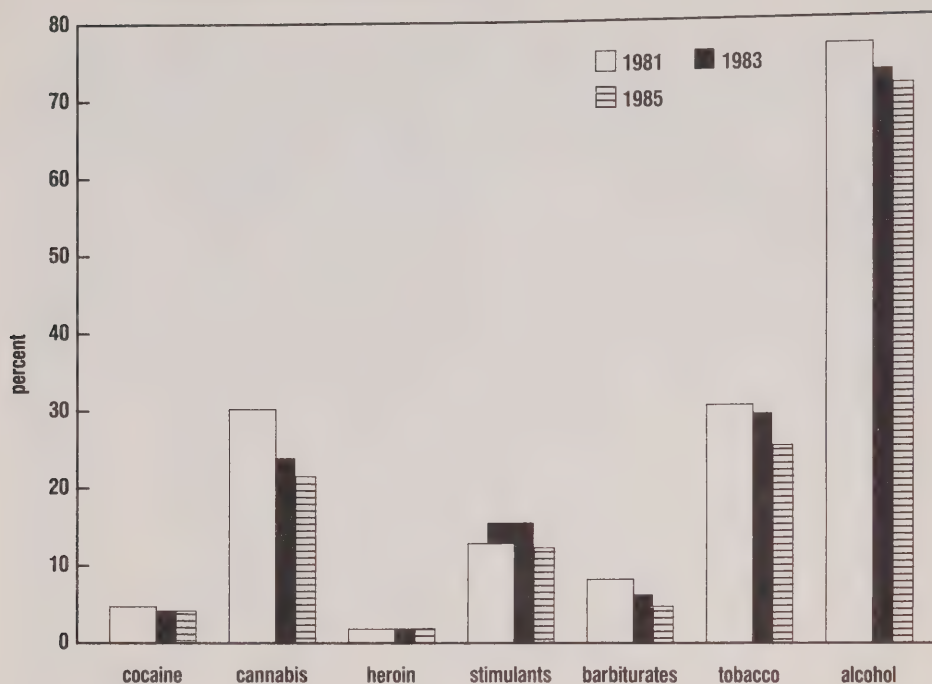
The now widespread use of alcohol by Canadian adolescents is, for many, cause for concern. In addition, the Standing Committee heard testimony about the growing number of young people experiencing alcohol-related difficulties in their personal lives. This is reflected in the number of young people being referred for treatment because of the abuse of alcohol or multiple drug abuse.

While many witnesses expressed their concern about the extent of alcohol abuse in Canada, the Standing Committee was cautioned by some witnesses to consider substance abuse generally, rather than placing emphasis on any one particular drug. As Mr. Ross Ramsey, President of the Kaiser Substance Abuse Foundation, told the Standing Committee:

The media would have us believe the problem in Canada is cocaine, heroin or whatever happens to sell, but these are not the problem. Instead, the problem is the use of mood-altering chemicals by our culture, and the most often and repeatedly used drug in Canada is alcohol. I am not saying that cocaine and heroin are not serious concerns, but if you focus a national drug strategy on those drugs, you are missing the boat.

The Standing Committee heard as well that the problem of substance abuse in Canada is increasingly a multiple drug problem. Evidence indicated the growing tendency for individuals to abuse alcohol along with other substances. For example, Mr.

Figure 3:
Prevalence of non-medical drug use, Ontario students grades 7 to 13



Source: Addiction Research Foundation

Neil Ruton, the Director of Stonehenge, a residential treatment facility for drug abusers aged 18 to 35, confirmed in a personal communication that the majority of Stonehenge clients are cross-addicted with alcohol. Recently, Stonehenge applied the Michigan Alcohol Screening Test (MAST) to its client population. MAST is a questionnaire which yields a numeric measure of alcohol involvement. The test indicated that 89% of the Stonehenge residents also had moderate to severe alcohol problems.

Representatives of the Addiction Research Foundation indicated that alcohol abuse places young people at increased risk of the abuse of other drugs. Many witnesses spoke of the growing number of multiple drug users in addictions treatment. These most often include abusers of alcohol along with other drugs, such as prescription tranquilizers or cannabis.

Addressing the need to consider substance abuse generally in prevention programs, Dr. Harold Kalant, of the Faculty of Medicine at the University of Toronto and the Addiction Research Foundation, stated:

It makes no sense to take one drug or group of drugs in isolation. One has to look at the attitudes towards, and the factors underlying, the use of drugs of all kinds in order to be able to make sense of changes with respect to individual drugs.

Dr. Kalant went on to explain that it is the root causes of drug abuse that must be addressed, not the use of specific drugs.

The Standing Committee heard consistently from witnesses about the need to work toward a balanced approach to the reduction of substance abuse and resulting problems. While there was an understanding that legal controls aimed at reducing the supply of psychoactive drug substances are required, there was strongly expressed opinion that a successful reduction in drug abuse would rely most heavily on strategies to reduce the demand for these substances. According to Assistant Commissioner Donald Heaton of the RCMP:

The strongest enforcement activity is really only a holding action, and the ultimate solution I think will have to be found somewhere else. And if there is a ray of hope, I see it in the area of preventive education. Drug abuse is a supply and demand activity. Law enforcement only affects the supply side in any real measurable way and I think a major emphasis must be placed on the demand side.

This view was equally supported by addictions counsellors, government officials and witnesses from police and other enforcement agencies. Mr. Greg Stevens, MLA and Chairman of the Alberta Alcohol and Drug Commission, reinforced this view in discussing the Commission's emphasis on education and prevention:

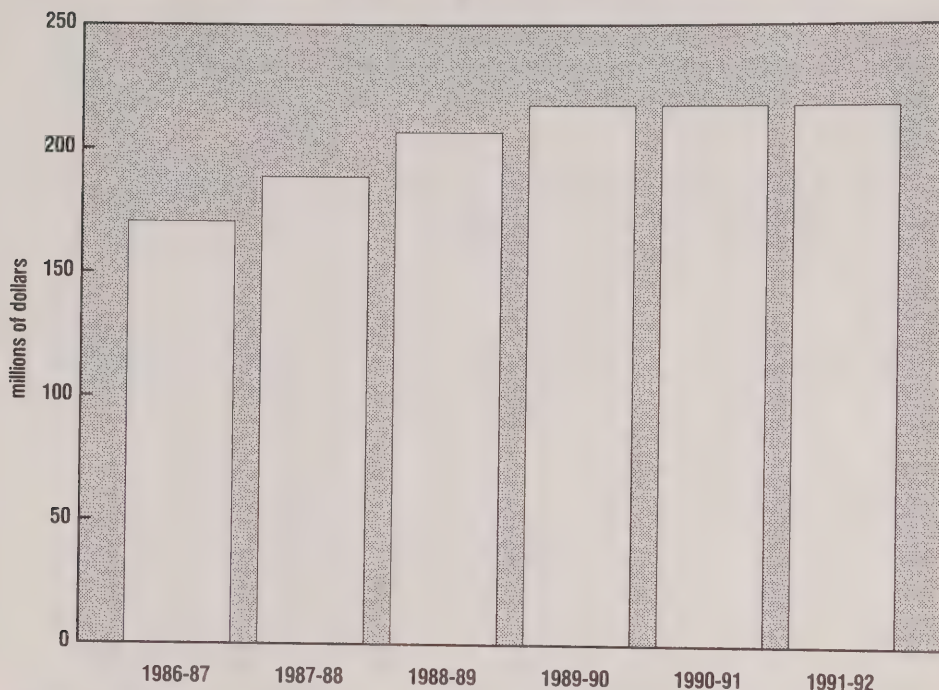
The Commission recognizes and supports supply reduction initiatives. It is important that firm measures be in place to make life difficult for drug traffickers. But further investment of this kind will produce diminishing returns. Resources should therefore be directed towards the development of a full range of complementary demand reduction measures, which include prevention, education, and treatment initiatives.

A balanced approach to the prevention and treatment of substance abuse involves not only attention to enforcement efforts to reduce the supply of drugs of abuse and attention to methods aimed at reducing the demand for them; there must be, as well, a balance among the various strategies to discourage people from wishing to use drugs. These strategies include improved and more widely available prevention programs, new and expanded treatment programs, improved training of health care, social service, and addictions services workers, and research into preventing abuse and responding to abuse and related problems.

Across Canada, witnesses before the Standing Committee called for a renewed role for the federal government in this area. While it was understood that the responsibility for the direct provision of health care, prevention services and educational programs falls within the jurisdiction of the provinces, there was a general consensus that the federal government must work in collaboration with them. Through the development of appropriate funding and cost-sharing mechanisms, by providing coordination and leadership, by developing and disseminating model programs, and through improved legislation and enforcement, an active role for the federal government was suggested.

On 25 May 1987, the Government of Canada announced a new "National Drug Strategy", involving a five-year commitment of additional funds to combat drug abuse. Currently, the Government of Canada spends approximately \$168 million annually in this area, including both supply control and demand reduction programs. Beginning with an additional \$20 million in 1987-88, the National Drug Strategy will rise to \$50 million by 1989-90 for an increase by year three of 29% over the previous level of expenditure (see Figure 4). The total five-year additional commitment will be \$210 million.

Figure 4:
Effect of the National Drug Strategy on federal substance abuse expenditure



Source: Health and Welfare Canada

Additional funds will be provided to five departments of the federal government — National Health and Welfare, Solicitor General, Revenue Canada (Customs & Excise), Justice, and External Affairs (see Figure 5). These funds will be used in support of federal government programs and, in the case of funds to Health and Welfare Canada, also for transfer payments to provinces and community groups.

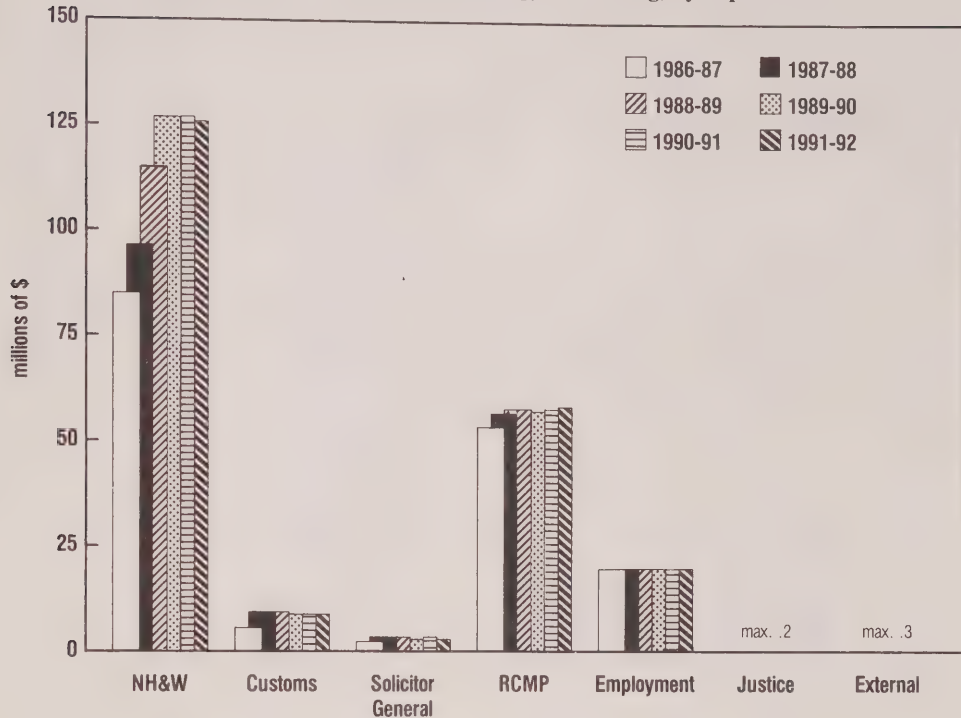
These are minimum estimates of measurable federal expenditures on drug and alcohol programs. They do not include certain direct and indirect costs which are difficult to measure; for example, it is not possible to attribute drug interdiction costs resulting from routine customs inspection or RCMP general law enforcement.

As in the past, federal government support for treatment and prevention will be primarily based on transfer payments to the provinces. The approximately \$20 million transfer payments for 50-50% cost-shared alcohol and drug treatment under the Vocational Rehabilitation Program will be doubled by the third and subsequent years of the National Drug Strategy with incremental funding of an additional \$20 million.

Most personnel resources within the federal government are in support of supply control programs. Of the 249 relevant person-years³ in National Health and Welfare, 197 (79%) are in Dangerous Drug Regulation and Control with the remaining 52 in health promotion, prevention and treatment areas. Other federal government person-years are located in Canada Customs (123) and the RCMP (961).

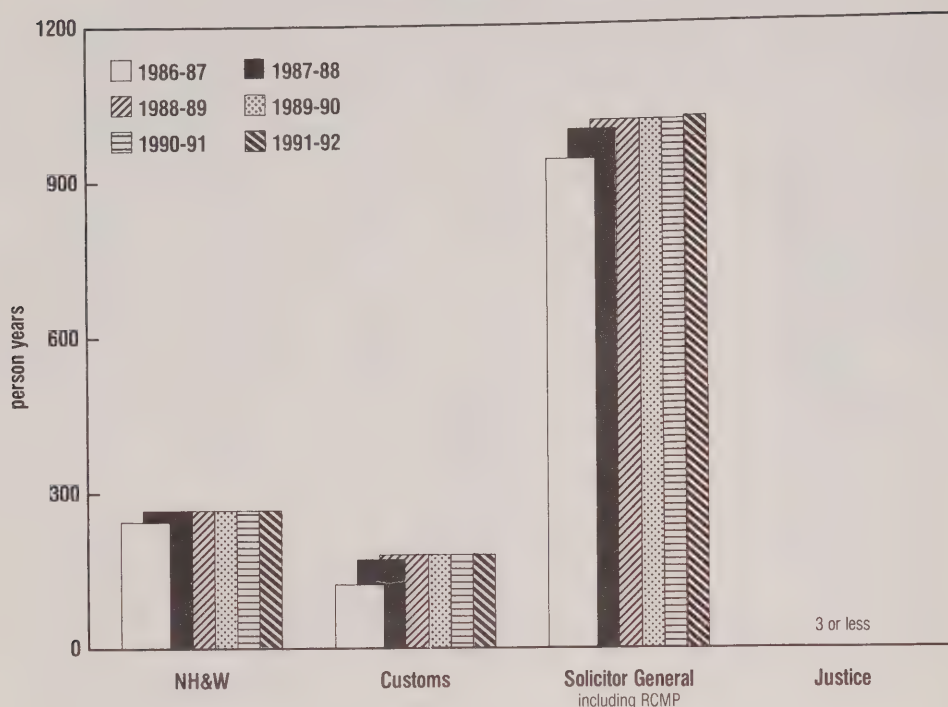
³ A "person-year" is a unit for measuring human resources and refers to the employment of one person for one full year, or its equivalent.

Figure 5:
Effect of the National Drug Strategy on funding, by department



As can be seen in Figure 6, 182 new person-years will have been added to the federal government programs by the fifth year of the National Drug Strategy. These increases consist of 85 person-years in the Department of the Solicitor General (including 82 in the RCMP), 63 person-years in Customs, 31 person-years added to Health and Welfare Canada, and 3 to the Department of Justice.

Figure 6:
Effect of the National Drug Strategy on person-years, by department



Implementation of the National Drug Strategy presents challenges to the federal and provincial governments. It is essential that the proper balance between prevention and treatment on the one hand, and interdiction and enforcement on the other be maintained. Additional funds for detection, interdiction and enforcement will remain with the federal government. Funds in support of treatment and prevention programs will generally be transferred to the provinces. This will impose a special obligation on the federal government to ensure that transfer payments to the provinces in support of these programs maintain the proper balance between supply control and demand reduction. As treatment programs are cost-shared between the federal and provincial governments, the federal government must ensure the equitable distribution of these treatment and rehabilitation funds to programs where there is demonstrated need.

PREVENTION

More than any other issue, the Standing Committee heard consistent testimony on the crucial importance of programs designed to discourage the abuse of drugs. Calls for an emphasis on comprehensive and effective prevention drug education programs came from diverse organizations such as the Canadian and Ontario Associations of Chiefs of Police, the RCMP, addictions counsellors and addictions treatment agencies, the provincial addictions commissions, researchers in the field of addictions, and citizen groups.

It was made clear to the Committee that the family can play a crucial role in preventing drug abuse by young people. Drug abuse by parents, including the abuse of prescription drugs, is a predictor of drug abuse by young people. Witnesses told the Committee of the important role played by parents in developing self-esteem in their children, which is a defence against drug abuse. Witnesses indicated that many young people experiment with drugs because of the perceived pressure from their friends. Recent successes in smoking prevention programs may serve as a model for prevention of other forms of drug use. This approach recognizes the social influence on young people and focuses on the development of their "refusal skills" (e.g.^{4,5}).

The Committee received evidence also of the socio-economic factors which are associated with substance abuse. Young people who are economically disadvantaged seem at special risk of developing substance abuse problems. Native youth, too, appear to be at special risk.

The role of family disruption, poverty and unemployment, parental drug use, lack of self-esteem and other factors have been cited as contributors to the development of drug abuse. The Committee recognizes that there will be limits to the success of the approaches proposed in this document. Proposals for the elimination of poverty, unemployment, and social alienation, for example, are outside the scope of this study although these factors have been implicated in the occurrence of some drug problems. The Committee believes it is of crucial importance, however, that these and other contributing factors be fully understood so that effective prevention strategies can be developed and implemented.

- 1. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare through the National Health Research and Development Program support research on the causes of drug abuse.**

Evidence presented to the Standing Committee suggested that the primary governmental responsibility for prevention programming rests with the provinces through the provincial departments of health, departments of education and the addictions commissions. The Standing Committee was urged to consider the development of a program of support for prevention efforts by the provinces and by community groups.

⁴ A. McAllister, "Research approaches to primary prevention", in *Toward the Prevention of Alcohol Problems: Government, Business and Community Action*, D.R. Gerstein, ed., National Academy Press, Washington, D.C., 1984.

⁵ J.M. Polich, P.L. Ellickson, P. Reuter and J.P. Kahan, *Strategies for Controlling Adolescent Drug Use*, Rand, Santa Monica, 1984.

Witnesses agreed on the importance of providing a federal-provincial cost-shared program for the prevention of substance abuse. Such a program should provide for targeted programming to address identified needs. Witnesses indicated that current programs are aimed more at treatment than at prevention. While providing for 50-50% cost sharing, these programs are not generally applicable to youth or may require income testing, both of which criteria are inappropriate for substance abuse prevention programs.

As part of the National Drug Strategy, the Minister of National Health and Welfare announced that a joint federal-provincial committee would examine the appropriateness of these mechanisms for funding addictions programs in treatment and prevention. This review will bring forth recommendations with regard to future cost-sharing mechanisms. The Standing Committee urges a speedy review and implementation of a new, more appropriate cost-sharing mechanism.

In view of the importance of preventing substance abuse, rather than attempting to deal with it after it occurs, the Standing Committee is concerned that funds identified within the National Drug Strategy for the support of community-based prevention initiatives will be inadequate.

- 2. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare, in collaboration with the provinces, introduce a new 50-50% cost sharing program with increased funding for the prevention of substance abuse.**
-

Across Canada, a wide range of community groups are concerned about drug abuse. The Committee feels strongly that such local community initiatives be encouraged and supported.

The guidelines for the distribution of funds under a new prevention program should take into account the need for diverse methods and diverse targets and should encourage innovation at the federal, provincial and community level.

- 3. The Standing Committee recommends that program funds under the proposed new cost-shared prevention program be made available to both professional and community groups through the relevant provincial bodies.**
-

Many witnesses before the Standing Committee addressed the need to target specific groups for prevention activities with special emphasis on young people. While there were differing opinions as to the precise age at which school-based drug programs should start, there was general agreement that they should begin early, should be sustained rather than sporadic, and should be tailored to the ages and cultural backgrounds of the youth.

The Standing Committee agrees that the highest priority in prevention programming should be to discourage the initiation of drug abuse by young people.

- 4. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare identify children and youth as the first priority for funding under the cost-shared substance abuse prevention program.**
-

The Government of Canada has announced a media campaign aimed at increasing public awareness. The Standing Committee is concerned that the campaign focus not only on illicit drugs, but that it accurately reflect all dimensions of the substance abuse problem.

One difficulty with the traditional, mass media approach to public education is that it is not directed to those most requiring information or to those most at risk. Two recent approaches which allow individuals access to necessary information through use of toll-free telephone numbers were described to the Standing Committee. In Saskatchewan, a toll-free telephone line has been installed at the Calder Treatment Centre in Saskatoon; callers make contact with a counsellor who is able to provide information on the availability and locations of treatment services.

In Ontario, the Addiction Research Foundation (ARF) operates a drug and alcohol information telephone line using more than 60 pre-recorded messages. The service, which is confidential, allows callers to request tapes by title or number and these tapes are then immediately played in either French or English.

The ARF information system is especially suited for national application at minimal cost. The Standing Committee was informed by Mr. Henry Schankula, Director of the Educational Resources Division of the Addiction Research Foundation, that the introduction of the pre-taped information program on a national basis would have a capital installation cost of approximately \$20,000 and an annual operating cost of approximately \$1 million. The cost of advertising the service, which would be in addition to the operating cost, would be best provided by the relevant provincial agencies.

The Standing Committee would like to see established a national system which combines these two approaches: a confidential information system which is also equipped to provide telephone numbers of health care organizations prepared to offer help to those requesting assistance with substance abuse problems.

- 5. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare negotiate with the Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation (ARF) and with the appropriate provincial bodies the extension of the ARF Drug and Alcohol Information Line.**

Witnesses before the Committee indicated that evaluations of school-based prevention programs have shown many to be ineffective. Witnesses also suggested, however, that there is reason to be more optimistic about new approaches to prevention. The Committee believes that it is essential that programs be evaluated so that their impact can be known and resources wisely used. Evaluation is crucial to the development of prevention programs which work. Crucial too is the dissemination of the results of evaluations to those planning or delivering prevention programs.

The Standing Committee has addressed the need to evaluate substance abuse prevention and treatment programs and to make the results of these evaluations clearly known, in the chapters on research and program evaluation and on a National Centre on Substance Abuse.

TREATMENT AND REHABILITATION

With some exceptions, the provision of treatment and rehabilitation services in Canada is the responsibility of the provinces. The federal government has also been involved in this area, providing leadership in policy development, program funding and collaboration in program design. One significant exception, which is considered separately below, is the area of health services for aboriginal people.

Provincial governments are now using federal programs to a varying extent to assist in the funding of substance abuse treatment programs. Treatment of drug abusers by medical practitioners may be an insurable service under the *Canada Health Act*. Such treatments include necessary medical attention in hospitals and in physicians' offices. Witnesses before the Committee called for the development of new residential treatment programs for adolescents. Where these programs are to be delivered by medical practitioners, the provinces should accept their responsibility to provide such services.

Most substance abuse treatment, however, is not eligible for funding under this program. Assessment services, counselling services, group homes, day programs, and restorative programs are often provided by a range of health care workers and are generally not insurable medical services.

Two other federal programs have been used as mechanisms for cost sharing substance abuse treatment programs between the federal and provincial governments — Vocational Rehabilitation for Disabled Persons (VRDP) and Canada Assistance Plan (CAP). Many witnesses addressed the inadequacy and inappropriateness of these mechanisms.

Witnesses indicated that although the 50-50% cost-sharing formula between the federal and provincial governments could provide an appropriate funding mechanism, eligibility requirements create difficulties in applying the formula to substance abuse treatment. Two problems with these programs were cited by witnesses before the Standing Committee: the general exclusion of young people from these programs and their application to persons "in need" which results in income testing under CAP and exclusion of employed persons under VRDP.

Several witnesses indicated the importance of removing all impediments to substance abuse treatment programs and ensuring accessibility for all persons requiring service. The Committee agrees that these programs should be made available to all Canadians requiring them regardless of age or ability to pay.

In addition to the concern about the applicability of these cost-sharing mechanisms for drug abuse treatment, there was also concern expressed about the amount of funding available. As discussed below, the Committee has identified young people and non-status aboriginal people as two groups requiring significant expansion of treatment resources. This should require additional federal funding in support of these programs. In view of these concerns, the development of a new and targeted cost-shared program with additional funding may be most appropriate.

- 6. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare initiate discussion with the provinces aimed at developing a 50-50% federal cost-shared program within Health and Welfare Canada with increased funding for the provision of treatment and rehabilitation services for substance abusers.**

There are serious gaps in the availability of treatment services for drug abuse in Canada. Of special concern is the scarcity of treatment resources for adolescents. Providers of services indicated that increasing numbers of young people with drug problems, most notably alcohol-related, are appearing at treatment centres. There is a shortage of treatment places for these young people. Even where treatment for adolescents is available, waiting lists are unacceptably long.

Early intervention is crucial in dealing with drug problems. Young people experiencing difficulty should be seen early and treatment should, where possible, involve the family. The damage to family relationships that can be caused by drug use, and the use of drugs by children in troubled homes, often require the participation of other family members in treatment in addition to the young drug user. Sufficient resources for substance abuse treatment for young people are not now in place.

- 7. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare identify children and youth as the first priority for funding under the proposed new cost-shared substance abuse treatment program.**

NATIVE ALCOHOL AND DRUG PROGRAMS

The Standing Committee received testimony as to the extent and severity of drug problems among aboriginal peoples. As with non-native Canadians, a complete statistical picture of substance abuse does not exist. From available statistics, however, it is clear that drug abuse, especially that of alcohol, is an extremely serious health and social problem among aboriginal peoples. Witnesses have argued that alcohol abuse may well be *the most serious health problem*. For example, evidence presented by the Federation of Saskatchewan Indian Nations in their report *Alcohol and Drug Abuse Among Treaty Indians in Saskatchewan* stated:

Alcohol and drug abuse among Saskatchewan's Indian population represents the most serious and pressing social and health problem faced by Indian communities. While this has long been recognized by those concerned with the problem, there is a lack of authoritative statistical research which determined the actual levels of abuse in concrete terms... It is evident that a significant amount of Indian ill health and death is a consequence of alcohol and drug use. Indian people in Saskatchewan experience significantly higher disease and death rates than their non-Indian counterparts. The standardized death rate is double that of the non-Indian population as is the infant mortality rate. Deaths by injury and violence comprise half of all deaths among Treaty Indians.⁶

Other statistics underscore the severity of the drug problem among aboriginal peoples. For example, according to a departmental discussion paper on aboriginal alcohol abuse programs,⁷ aboriginal people are more likely than the general population to be admitted to hospital or other health facilities with an alcohol abuse diagnosis. They experience a greater degree of personal and social disruption as a result of alcohol abuse. A greater proportion of aboriginal children are in the care of children's welfare agencies and a majority of these are related to alcohol abuse in the home. There appears to be a higher rate of fetal alcohol syndrome.

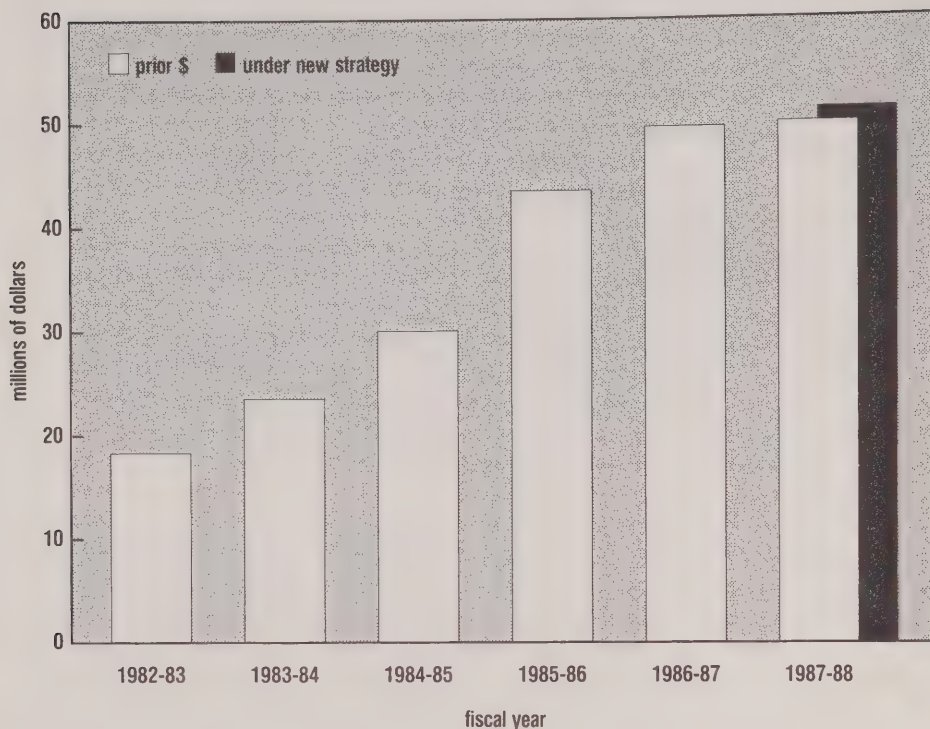
The federal government addresses Indian and Inuit drug problems primarily through the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP). NNADAP was established in 1982 with the objective of reducing substance abuse among Canada's Indian and Inuit communities. It provides support to communities wishing to develop prevention and treatment programs.

The estimated cost of NNADAP for 1987-88 is \$56 million, which includes an increase of approximately \$1 million under the new National Drug Strategy (see Figure 7). Of NNADAP funds, \$52 million is provided in contributions to Indian Bands, Inuit Associations or local governments. NNADAP funds are generally available only to support programs for on-reserve status Indians and Inuit. Some resources have been made available for off-reserve status Indian programs, but eligibility is limited to a maximum period of one year, as the purpose of this funding is to ease the transition to urban living. Where program funds have been provided to non-status Indian groups, these programs are federally funded only in approximate proportion to the status Indians served.

⁶ Federation of Saskatchewan Indian Nations, *Alcohol and Drug Abuse among Treaty Indians in Saskatchewan: Needs Assessment and Recommendations for Change*, n.d., p. 112.

⁷ Department of National Health and Welfare and Department of Indian Affairs and Northern Development, "Discussion paper: National Native Alcohol and Drug Abuse Program", February 1982.

Figure 7:
Effect of National Drug Strategy on NNADAP funding



Drug problems among aboriginal people are not, however, confined to the on-reserve status Indians and Inuit. Evidence was presented to the Standing Committee indicating that aboriginal peoples, regardless of status, are at greater risk of substance abuse and related health and social problems than the rest of the population. The recent well-publicized tragedy at Peerless Lake, Alberta, in which six people died as the result of drinking duplicating machine fluid, painfully illustrated the damage caused by substance abuse among Canada's non-status Indians. These tragic deaths have had a devastating effect on families and on the community.

Several witnesses before the Standing Committee addressed the jurisdictional issue with regard to the funding of programs for non-status Indians and Métis. While the federal government has taken responsibility for the funding of programs for on-reserve Treaty Indians and Inuit, other aboriginal people remain the responsibility of the provincial governments. Despite this jurisdictional difference, the Standing Committee believes the federal and provincial governments must act together to ensure better access to appropriate programs for all aboriginal people in Canada regardless of legal status.

The Standing Committee learned from officials of the Department of National Health and Welfare that at one time the federal government did provide funding to non-status Indians and Métis through the Native Alcohol Abuse Program, the forerunner to NNADAP. A 1981 report of the House of Commons Special Committee

on the Disabled and the Handicapped⁸ identified some confusion over who should receive federal government support under this program. The Committee recommended changing the program "into an initiative which relates to the chemical dependency problems of Indian-Inuit people". In its response to the report, the Government of Canada indicated its development of the new NNADAP program.⁹ However, at the time that Health and Welfare Canada discontinued funding of non-status Indians and Métis organizations, the Department did not take steps to ensure that the needs of these aboriginal people would be met.

Although the delivery of drug abuse treatment programs in Canada is largely the responsibility of the provinces, the funding for these programs is shared between the federal and provincial governments. Indeed, under the newly announced National Drug Strategy the federal government will be providing as much as \$20 million annually in incremental funding for cost-shared substance abuse programs. The federal government can, and should, ensure that these funds are used to target identified gaps in service, including the need to serve non-status Indians and Métis.

As the allocation for additional cost-shared programs must address not only non-status Indians and Métis, but also other under-served groups, including young people, the Government of Canada should, in consultation with the provinces, carefully monitor the adequacy of these additional sums for the expansion of prevention, treatment, promotion and community programs.

8. The Standing Committee recommends:

- i. that the Department of National Health and Welfare establish substance abuse programs for non-status native people as a high priority for funding under the new cost-shared substance abuse treatment program; and**
- ii. that *all* funding under this proposed new program be contingent on the provinces addressing the needs of non-status native peoples in their jurisdictions.**

The Standing Committee heard evidence that the program needs of off-reserve status Indians, like those of non-status Indians and Métis, are not generally being addressed by NNADAP. Mr. Pat Shirt, Executive Director of the Edmonton-based aboriginal treatment centre, Poundmakers Lodge, described the need for additional support for urban Indians. In his testimony before the Committee, Mr. Shirt described Edmonton as the largest "reserve" in Canada, as the city has such a high concentration of aboriginal people. Mr. Shirt indicated that this concentration of urban aboriginal people not only requires the delivery of treatment services, but makes such delivery particularly cost-effective. Such programs are not now usually eligible for funding under NNADAP.

Where the needs of urban Indians are addressed in treatment programs, such as those delivered by the National Association of Friendship Centres and by Poundmakers Lodge, the services address both status and non-status Indians and Métis. Such programs should be encouraged by Health and Welfare Canada.

⁸ House of Commons, Special Committee on the Disabled and the Handicapped, "Follow-up Report: Native Population", December 1981.

⁹ Government of Canada, *Surmounting Obstacles*, Third Report of the Government of Canada response to recommendations arising from the International Year of Disabled Persons, June 1983.

For off-reserve aboriginal peoples, funds should be made available to a wide variety of organizations with appropriate expertise and interest in addressing the problems of substance abuse among aboriginal peoples.

9. The Standing Committee recommends:

- i. that the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) amend its objectives to allow program support for off-reserve status Indians and Inuit; and**
- ii. that this support be made available to appropriate community-based groups.**

Although satisfaction with NNADAP was expressed by representatives of aboriginal groups appearing before the Committee, witnesses did criticize some aspects of its operation. Foremost among these concerns were the priorities established by NNADAP for program funding. Witnesses suggested greater emphasis should be placed on community-based programs in prevention and treatment. These might include mobile clinics and other non-residential programs aimed at enhancing aboriginal self-esteem, reinforcing native cultures, providing assessment services or direct counselling services, and program evaluation.

Currently, NNADAP seeks the advice of the National Native Advisory Council in its funding decisions. The Standing Committee believes this body should examine the degree to which current funding priorities accurately reflect needs and should ensure that program funding addresses the full range of required programs.

Witnesses indicated that the National Native Advisory Council must be more representative of aboriginal peoples across Canada. Increased and stronger representation of all aboriginal peoples will allow the Council to expand its mandate. It is also important that representatives on the Council have special knowledge of drug and alcohol problems among Canadian aboriginal peoples.

10. The Standing Committee recommends:

- i. that the membership of the National Native Advisory Council be more broadly representative of the aboriginal peoples of Canada;**
- ii. that NNADAP and the broadened National Native Advisory Council jointly develop clear program priorities for aboriginal drug abuse programs; and**
- iii. that decisions to fund projects under these new program priorities be jointly made by NNADAP and the National Native Advisory Council.**

DRIVING WHILE IMPAIRED

The Standing Committee heard disturbing testimony about the tragic consequences of impaired driving in Canada. Evidence supplied by Mr. John Bates, President of People to Reduce Impaired Driving Everywhere (PRIDE), indicated the degree of highway carnage produced by impaired driving.

It is estimated that 2,500 Canadians are killed every year by impaired driving. Another 100,000 people are either seriously injured or are permanently maimed by alcohol-impaired drivers every year. It is estimated that it costs insurance companies \$1.5 billion just to pay for the property damage alone. If we include things like loss of time from work, costs of civil suits, hospital and health care and so forth, the figure would easily double.

These statistics dispassionately describe the thousands of profound personal tragedies that occur each year as the result of alcohol-related motor vehicle accidents. There is, however, some reason to be optimistic. Recent increased public awareness of the dangers of driving while impaired by alcohol or other drugs appears to be changing behaviour. The growth of citizen groups concerned with this problem, such as PRIDE and Students Against Drunk Driving is indicative of a growing change in attitude. In the words of PRIDE president, John Bates, "Nobody thinks impaired driving is acceptable behaviour anymore, not even drunk drivers".

Witnesses representing diverse groups called for an increase in the legal drinking age to a uniform 21 years. They included such people as Dr. Reginald Smart, Director of Prevention Studies for the Addiction Research Foundation, Sgt. Michel Pelletier of the RCMP's Drug Awareness Program, John Bates of People to Reduce Impaired Driving Everywhere, Dr. Allan Clews of the B.C. Medical Association, and others. For some of these witnesses, the increase in drinking age is *not* related primarily to the question of impaired driving, but rather to a more general strategy of reducing the numbers of individuals dependent on alcohol. These witnesses have cited evidence that a delay in the onset of alcohol use appears to reduce both the likelihood of problem drinking and the use of other drugs.

For some witnesses, the increase in the minimum drinking age is seen as a mechanism for reducing the number of impaired drivers and the number of motor vehicle injuries occasioned by impaired driving. While there is some empirical support for this approach, the argument may not be sound.

In 1972 and 1973, researchers at the Addiction Research Foundation examined the effect of the then recent reduction in Ontario's legal drinking age, from 21 years to 19 years. During the first five months of this change there was a clear increase in alcohol-related motor vehicle accidents.¹⁰ Similarly, some U.S. studies have concluded that increased availability of alcohol among teenage drivers increases the group's tendency to drive dangerously.

Some recent evidence, however, indicates that new drinkers, regardless of age, present a greater risk to safety than do other drivers. This evidence suggests that raised drinking ages may simply postpone the dangers associated with new drinkers and motor vehicles.¹¹ Thus, raising the drinking age may simply shift the risk into another age

¹⁰ R.E. Popham, W. Schmidt and J. de Lint, "The Effects of Legal Restraint on Drinking", in *The Biology of Alcoholism*, Vol. 4, B. Kissin and H. Begleiter, eds., Plenum, New York, 1976.

¹¹ P. Asch and D.T. Levy, "Does the Minimum Drinking Age Affect Traffic Fatalities?", *Journal of Policy Analysis and Management*, 6(2), 1987, p. 180-192.

group without reducing the overall rates of motor vehicle injuries. Such policies may also lead to clandestine drinking or open defiance of law by individuals who in all other ways are considered to be adults. Such drinking may help to foster attitudes about the use of alcohol which run counter to those which encourage moderation and sensible drinking practices.

In view of the extreme importance of this issue, it is imperative that the federal government and the provinces very carefully examine the issue and the degree to which overall motor vehicle fatality rates may be likely to fall as a result of reduction in the legal drinking age. The recent raising of the drinking age in the United States may provide a natural laboratory in which to test the effect of change in legal drinking age.

Responsibility for establishing a legal drinking age is clearly that of the provinces. At this time, all provinces and the territories have legal drinking ages of either 18 or 19. A uniform national drinking age of 21 would require the voluntary agreement of the provinces and it is unclear to what extent such agreement is now possible. In view of the lack of clear evidence that such a change would reduce motor vehicle fatalities, it is important that there be a careful attempt to measure this relationship.

11. The Standing Committee recommends that the Minister of Transport initiate a study of the effect of various legal drinking ages on motor vehicle accident rates and related fatalities and injuries.

Whether or not raising the drinking age would reduce the number of motor vehicle injuries and fatalities remains to be demonstrated. Nevertheless, it is clear that young drivers are more likely to be involved in serious road accidents. While the Committee is aware that the majority of young people act responsibly, the Committee is also aware of the need to address this serious problem.

Recently, the British Columbia Task Force on Liquor Policy Review released its report. While this task force did not recommend raising the drinking age, it did recommend changes in driver licensing to reduce motor vehicle accidents. Following the advice of the Ontario Advisory Committee on Liquor Regulation, the Task Force recommended "creating a new category of probationary driver's licence and the creation of a special offence under the *Motor Vehicle Act* that would impose a zero blood-alcohol level on probationary drivers."¹² This change would prohibit new drivers from operating a motor vehicle after consuming any amount of alcohol.

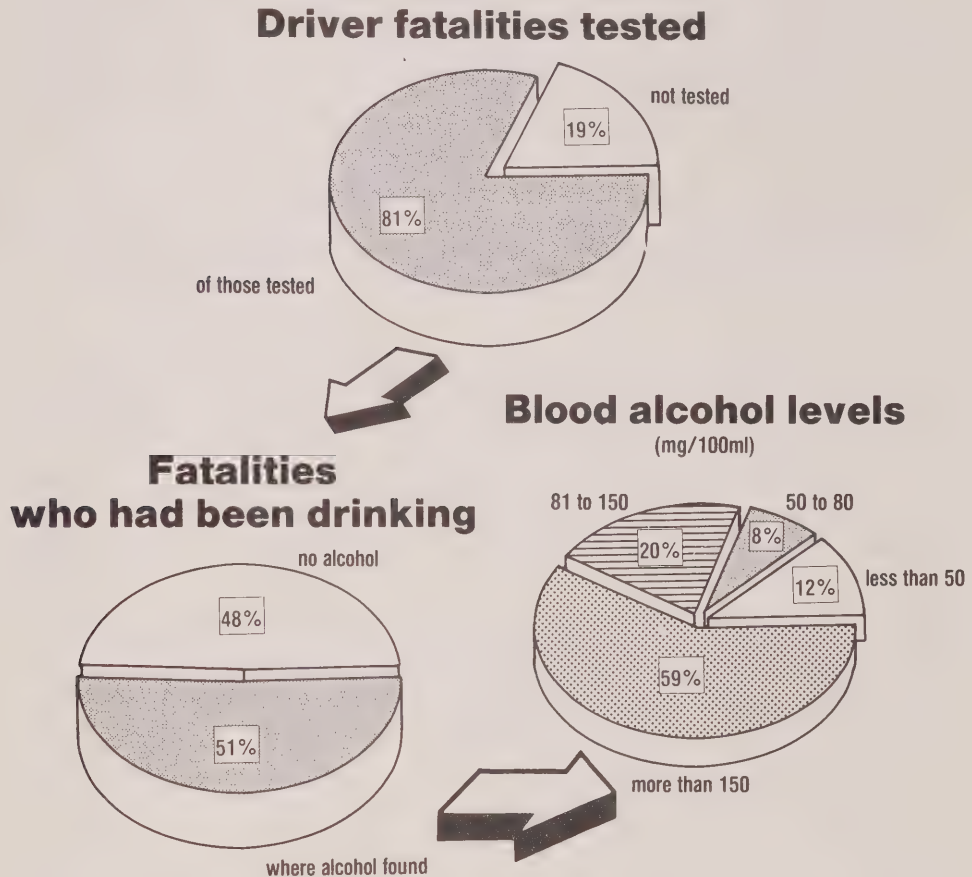
The Standing Committee agrees with this approach to reducing motor vehicle accidents, especially as the imposition of a probationary licence system forbidding the consumption of alcohol by new drivers, and by drivers below the legal drinking age, would not penalize responsible young people.

12. The Standing Committee recommends that the provinces consider a probationary licence system for new drivers that would make it an offence to drive a motor vehicle during this probationary licence period, or to drive while below the provincial legal drinking age, with any measurable alcohol in the body.

¹² British Columbia, "Liquor Policies for British Columbians", June 1987, p. 56.

Impaired driving is a contributing factor to motor vehicle accidents and resulting injury and death, and the more a driver has had to drink the greater the likelihood of mortality (see Figure 8). Legal penalties now exist for dealing with the dangerous and anti-social minority who persist in driving while impaired. The Standing Committee believes that an effective campaign to reduce impaired driving will depend on more rigorous enforcement of existing legislation; even application of penalties; increased perception by the public of the risk of apprehension; increased awareness by police, prosecutors and judges of the severity of the infraction and the need for rigorous application of law.

Figure 8:
Alcohol involvement among fatally injured drivers, 1985



Source: Traffic Injury Research Foundation

While the federal government has been primarily responsible for the development of the Criminal Code legislation creating the offences related to driving while under the influence of a drug, it has been the responsibility of the provinces to enforce this

legislation. An effective approach to reducing impaired driving must be based on an active partnership between the federal and provincial governments. An effective strategy must increase the probability that an impaired driver will be detected, and if detected, subjected to the penalties provided for under the law.

13. The Standing Committee recommends that the federal and provincial Solicitors General work jointly toward implementing a national strategy to reduce impaired driving. This strategy should include:

- i. increased road-side spot checks to detect impaired drivers;**
- ii. the availability in all police vehicles of portable Breathalyzer equipment;**
- iii. a minimum penalty on second conviction for impaired driving sufficient to signal the very serious nature of the offence; and**
- iv. the education of law enforcement personnel about the severity of the crime of driving while impaired.**

It was recommended to the Committee that steps be taken to ensure that all drivers involved in alcohol-related motor vehicle accidents be subjected to the penalties allowed by law. Concern was voiced that impaired drivers who, because of their injuries or degree of impairment, are not able to grant consent to a blood test or provide a sample of their breath may escape legal penalty.

With the 1985 amendments to the Criminal Code, the use of “telewarrants” now gives law enforcement agencies access to rapid judicial approval to seize evidence where there are grounds. This mechanism for securing approval can be used to secure blood samples from drivers who have been involved in motor vehicle accidents. The Committee learned, however, that there is inconsistent application of this mechanism; while some jurisdictions are making use of “telewarrants”, others do not do so.

14. The Standing Committee recommends that the Solicitor General and his provincial counterparts:

- i. review the extent to which “telewarrants” are being used to allow the taking of appropriate samples of blood by licensed medical practitioners from drivers believed to have been driving while impaired, but who, because of their impairment, physical injury or other reason are not capable of giving consent to the procedure or of providing a sample of their breath; and**
- ii. encourage law enforcement agencies to make use of telewarrants where appropriate.**

THE WORKPLACE

There is clear evidence that drug use in the workplace occurs and that this use creates serious problems for the worker, for fellow workers and for the employer. Individuals do not leave problems at home when they go to work and workers who are experiencing difficulties with drug use at home are also likely to experience problems in the workplace.

Partly as a result of the recent publicity about mandatory drug screening in the workplace and recent action by the United States government to introduce such screening, the issue of drug use on the job has become subject to increased public scrutiny in Canada.

The limited data available indicate that drug use in the workplace follows patterns similar to that elsewhere in society. By far, the most frequently abused drug at work is alcohol. Substance abuse by employees can result in reduced productivity, and increased absenteeism, disability days, and accident rates. In its position paper on mandatory drug testing, the Canadian Labour Congress acknowledges the serious nature of drug use by Canadian workers:

The costs of alcohol and drug use are monumental. The costs can be assessed in health, social and economic terms. Injuries, illnesses and death, marital and emotional problems, and unemployment and lost productivity are the actual costs respectively. Every profession, every occupation, every level in the labour-management hierarchy, and every geographic region of the country is affected by alcohol and drug abuse.¹³

The use of drugs in the workplace may also affect the public. Drug use by transportation sector employees, for example, was frequently cited by witnesses as presenting a potential hazard to the public. According to statistics prepared by the Traffic Injury Research Foundation,¹⁴ tractor-trailer drivers killed in motor vehicle accidents were less likely to have been drinking than were the drivers of automobiles. Nevertheless, of the 56 fatally injured drivers tested in 1984 and 1985, 12 (21%) had been drinking. As with automobile drivers, the fatally injured drivers tended to have high blood alcohol levels.

The Standing Committee heard only limited support for mandatory drug screening of employees and prospective employees. The argument was presented that mandatory drug screening would identify substance abusers and force them to accept treatment, and would also protect the public and other workers by preventing the use of drugs at the workplace. It is interesting to note that none of the witnesses involved in the identification or treatment of employed drug abusers supported mass screening.

Several reasons for opposing mandatory drug screening were presented to the Committee. In his brief Mr. Paul Welsh, Executive Director of the Rideauwood Institute, raised several concerns about mandatory drug testing:

Drug testing is not used to test for alcohol, the mood altering chemical causing the largest number of accidents, crime, health, social and work performance costs. A positive drug test does not indicate dependence to a drug. It may only indicate one use in the previous 4 - 6 weeks. Drug tests for legal but addictive drugs are of

¹³ Canadian Labour Congress, Position paper on mandatory drug testing, December 1986, p. 1.

¹⁴ A.C. Donelson, P.J. Walsh and G.C. Hass, "Alcohol Use by Persons Fatally Injured in Motor Vehicle Accidents: 1985", The Traffic Injury Research Foundation of Canada, December 1986.

little use since they are medically and legally sanctioned, though potentially dangerous... Drug testing is unreliable, poorly considered and shows little usable information except in the minority of cases.

This scathing rejection of drug testing was supported by other witnesses involved with the treatment of drug abusers.

The Standing Committee was particularly disturbed at the potential for "false positives" in drug screening. False positives occur when urine samples containing no drug substances are erroneously identified as containing drugs. The probability of inaccurate test results is related to the type of urine test used.

For mass screening in the United States, some employers use immunoassay techniques. Antibodies for specific drugs are produced in laboratory animals and then introduced into urine samples from workers. If the drugs in question are present in the urine sample a reaction occurs that can be measured with the assistance of enzymes. Though these tests are less reliable than some competing methods, they are significantly less expensive, and are therefore attractive for mass screening programs.

The use of gas chromatography/mass spectrometry (gc/ms) provides a more accurate method of testing for drugs. Gas chromatography separates the compound and the mass spectrometry measures the unique profile the chemical produces. The main disadvantage of this method is its cost. Currently, a two-stage screening method in which only positive samples in immunoassay are subject to gc/ms costs approximately \$35 per subject screening.

It should be recognized that laboratories in the United States using the less expensive immunoassay techniques have been shown to have an unacceptably high rate of inaccurate results. The U.S. Centers for Disease Control in collaboration with the National Institute on Drug Abuse conducted a proficiency testing program of laboratories involved in routine drug screening and found that the numbers of both false positives and false negatives were unacceptably high.¹⁵

In speaking of mandatory drug testing, Mr. Doug Hockley, Program Manager for the Employee Assistance Program of British Columbia Telephone Company, indicated such efforts may reduce the effectiveness of other approaches:

As a generalized tool to be used by management, I find it [mandatory employee drug testing] abominable. It is costly. It subverts all the efforts that have gone into producing a management-labour climate that is workable between two sides... The issue of drug testing can be dealt with more effectively by informed supervisors and informed labour representatives understanding the nature of substance abuse... If that were to happen there would be no need for drug testing.

Some witnesses before the Standing Committee did give limited support to mandatory drug testing in exceptional circumstances. There are situations in which the safety of the public or fellow workers is clearly at stake. In a series of recommendations on employee drug screening, the Addiction Research Foundation recommended that mass screening not be implemented and that drug screening be considered only for employees who show deficits in job performance *and* whose behaviour in the workplace is judged to constitute a safety risk.¹⁶

¹⁵ H.J. Hansen, S.P. Caudill and D.J. Boone, "Crisis in Drug Testing: Results of CDC Blind Study, *Journal of the American Medical Association*, 252(16): Ap 26, 1985, p. 2382-2387.

¹⁶ Addiction Research Foundation, "Employee-Related Drug Screening: Public Health and Safety Perspective", March 1987.

The Standing Committee grappled long and hard with the difficult technical and ethical questions surrounding the issue of mandatory employee drug screening. The Standing Committee agrees with the thrust of the Addiction Research Foundation advice on the subject. The issue of mandatory employee drug testing is a public health and safety issue *only* and must be so treated.

It is the responsibility of the employer to weigh carefully the employment suitability of probationary employees, including the careful monitoring of behaviour which may indicate the need for drug testing. Mass or random screening of job applicants, however, is neither sensible nor acceptable.

15. The Standing Committee recommends that employers not introduce mass or random drug screening of either job applicants or employees. Only in exceptional cases in which drug use by employees constitutes a real risk to safety, the Standing Committee recommends that drug screening may be introduced under the following conditions:

- i. there must be cause, i.e., the employee must have shown evidence of impairment or of performance difficulties;
- ii. the testing procedure must provide a secure chain of evidence to ensure samples have not been tampered with or unintentionally altered;
- iii. the specimen must be collected in a manner which protects the privacy and dignity of the individual;
- iv. all positive test results must be confirmed by gas chromatography/mass spectrometry, or test of equal precision and specificity;
- v. testing must be used to assist the employee in seeking appropriate treatment for drug abuse where warranted; test results should not be used as evidence in criminal proceedings;
- vi. results of positive tests and confirmations should be conveyed to a licensed medical practitioner acceptable to both the employee and the employer. The employee will be given the opportunity to meet with the medical practitioner or to present evidence with regard to the positive finding before the medical practitioner recommends a course of action to the employee and the employer; and
- vii. any limited drug testing which may be introduced must include screening for alcohol abuse.

The behaviour of the federal government, a significant employer of Canadians, directly affects the lives of hundreds of thousands of citizens and serves as a model to other employers. For the more than one half million Canadians employed by the federal government in the Public Service, in the Canadian Armed Forces, in the RCMP, and in our Crown corporations, commissions and agencies, the Standing Committee recommends a policy that will balance the well-being of the worker with the need to promote safety in the workplace.

16. The Standing Committee recommends:

- i. that the policy proposed in recommendation 15 be immediately implemented

by appropriate methods for all employees of the federal government, its Crown corporations, its agencies, boards and commissions; and

- ii. **that the Government of Canada consider legislation to limit and control mandatory drug screening in the private sector.**

The Standing Committee received evidence of more positive approaches to reducing workplace substance abuse and its damaging effects. The growth of Employee Assistance Programs and the cooperation between management and labour in assisting the troubled employee are grounds for optimism.

Employee Assistance Programs involve the development of written policies to establish procedures designed to assist workers who are experiencing substance abuse problems. These policies are aimed at identifying problems earlier and providing confidential ways for employees to seek assistance. Often developed jointly by management and labour, Employee Assistance Programs help troubled workers to find needed treatment and rehabilitation services.

The Standing Committee was told of the high rate of success of Employee Assistance Programs. These programs have reduced absenteeism, accidents and health care costs and have improved employee morale and productivity. These programs appear to have higher rates of use where they are developed by collaboration between management and labour and where employees have options with regard to the individuals available to offer counselling and referral to appropriate treatment.

On the basis of the evidence received, the Standing Committee believes Employee Assistance Programs should be made available to workers experiencing drug problems. Termination of employment should be seen as a last resort, following referral to an Employee Assistance Program and suspension without pay, if required. The Committee wishes to see Employee Assistance Programs introduced broadly in Canada with the Government of Canada taking steps to ensure that all employees under its jurisdiction have access to them.

- 17. The Standing Committee recommends that Employee Assistance Programs be made available to all employees under the jurisdiction of the federal government and, wherever possible, these programs be introduced as a joint effort by management and labour.**

While the federal government should make Employee Assistance Programs available to its employees experiencing difficulty, in certain cases these programs should also be made available to immediate family members. This should be the case where families may live in isolated conditions because of employment, or where frequent moves may make it difficult for immediate family members to establish links with the community. Families of Canadian Armed Forces personnel, for example, should be eligible for counselling within Employee Assistance Programs.

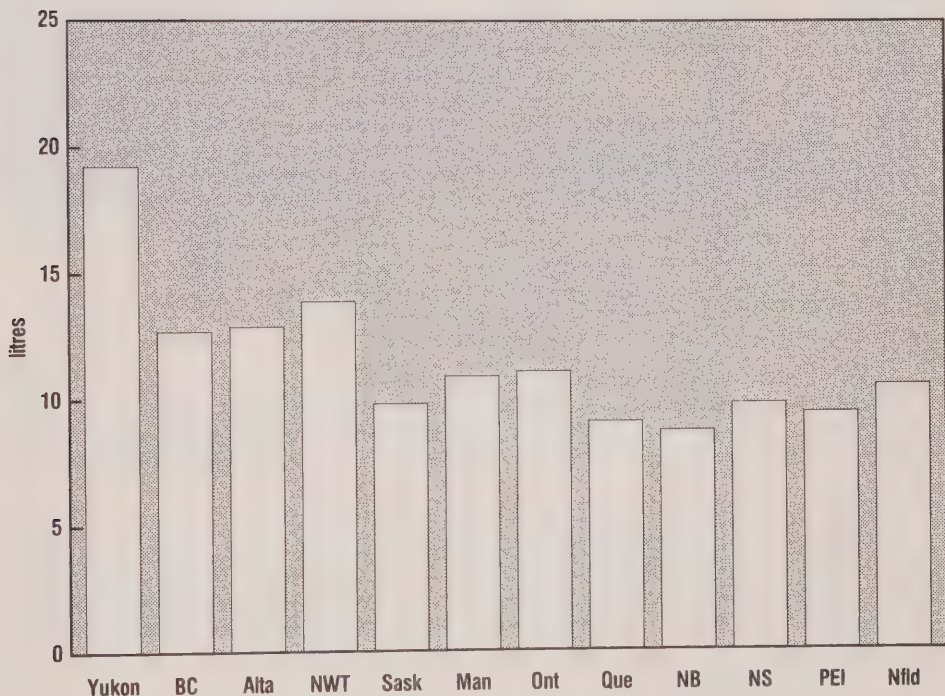
- 18. The Standing Committee recommends that the immediate family members of federal government employees whose employment requires frequent moves or geographic isolation be eligible for participation in Employee Assistance Programs.**

BEVERAGE ALCOHOL

Alcohol holds a unique place among drugs subject to abuse. Unlike that of other drugs, its use by adults is accepted by most Canadians. More than 80% of Canadians over the age of 15 consume alcoholic beverages, and the prevalence of use by younger adults exceeds 90%. Alcohol is consumed at many social gatherings, with drinking being a part of the lifestyle of most people.

Based on 1984 sales data from Statistics Canada, Canadians consume more than 8 litres of alcohol per person per year, or approximately 11 litres for every person aged 15 and older. While rates vary from province to province, on the whole consumption levels are lowest in the Atlantic provinces and highest in the West (see Figure 9). After years of steady increase in consumption levels, since 1980 there has been a decline in the average amount of alcohol consumed (see Figure 10).

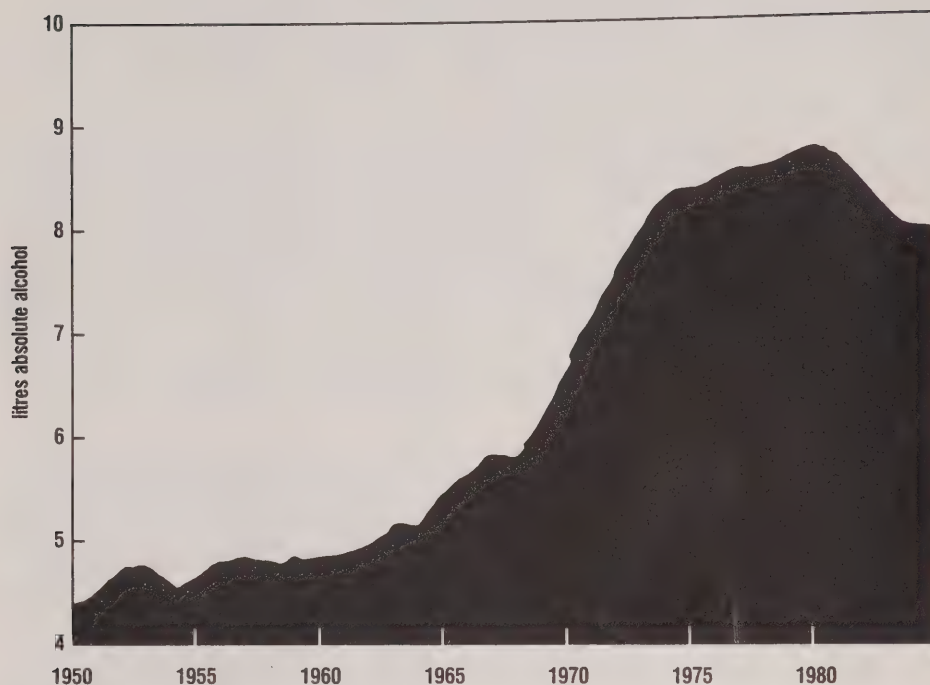
Figure 9:
Per capita alcohol consumption, persons ages 15 + , 1982-1983



Source: Statistics Canada

For most Canadians who drink responsibly, consumption of alcoholic beverages causes no health or social problems. Witnesses told the Committee that approximately 90% of all drinkers experience no injurious effect. Canadian researchers have pointed to a possible genetic predisposition toward alcoholism. This does not mean that heredity causes alcoholism, but, rather that some people may be more susceptible to it.

Figure 10:
Per capita consumption of alcohol in Canada



Source: Brewers Association of Canada

Governments across Canada derive substantial revenue from the sale of alcoholic beverages. The Government of Canada will receive more than \$1.2 billion this year from the control and taxation of beverage alcohol, while across Canada, governments will earn in the neighbourhood of \$4 billion from this source (see Figure 11).

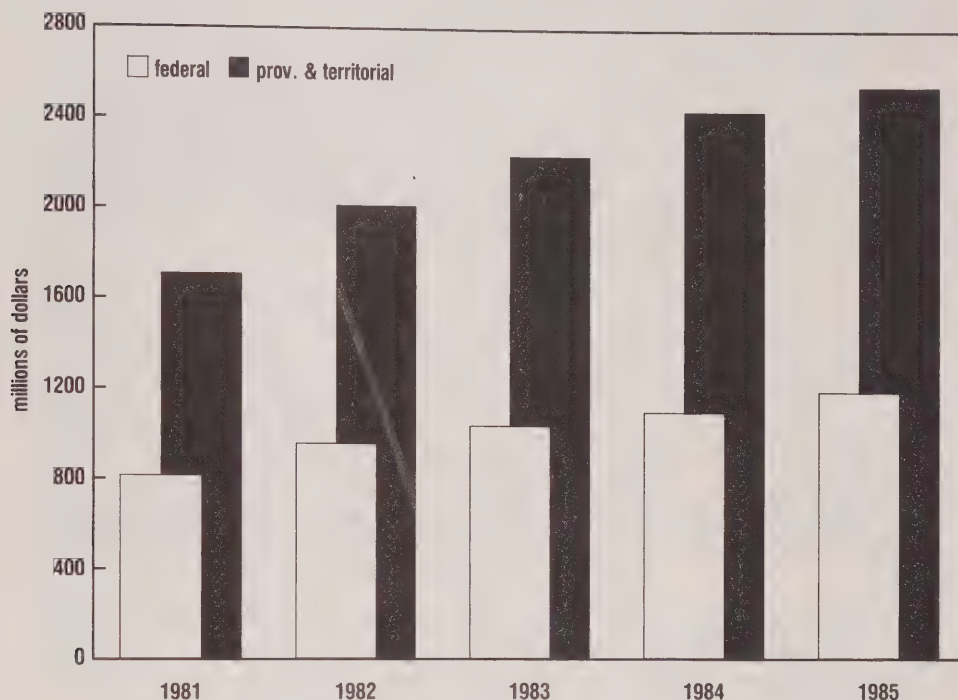
There is a two-fold reason for the control and taxation of alcohol sale by governments. First, a significant portion of general revenue is earned by government; and second, governments have recognized the consumption control potential of taxation. The possibility of reducing overall consumption through taxation has been recognized for some time. For example, a 1929 report of the Liquor Control Board of Ontario stated that "beyond all doubt consumption increases with low prices, and decreases with high prices".

There is evidence in support of the claim that levels of consumption are related to the price of beverage alcohol. While fluctuations in demand are related to changes in price, this relationship is not a perfect one. Demand for spirits, for example, may be more easily manipulated by price changes than is demand for beer.¹⁷ In addition, an

¹⁷ K. Makela, *et/al.*, *Alcohol, Society, and the State: a Comparative Study of Alcohol Control*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1981.

increase in price does not bring about an equal reduction in demand. Increases in retail prices result in lower percentage reductions in consumption.¹⁸

Figure 11:
Government revenue derived from alcohol



Source: Statistics Canada

A more vigorous use of price as a consumption control measure was recommended to the Standing Committee. Witnesses indicated that apparent government revenue from alcohol sale and taxation are only a fraction of the total additional societal cost, including costs of health care and social services, resulting from the abuse of alcohol. Dr. Allan Clews of the Substance Abuse Committee of the British Columbia Medical Association told the Committee:

The cost of alcohol abuse to British Columbians is \$5 for every dollar collected in taxes on alcohol. Governments can reduce the consumption of alcohol and at the same time defray some of the social costs of alcohol abuse by increasing the taxes on alcohol. The quantity of alcohol consumed in any given society... is proportional to the size of disposable income and inversely proportional to the price of alcohol. Also, for a given society, the number of alcohol-related problems is proportional to the total quantity of alcohol consumed.

¹⁸ M.M. Horgan, M.D. Sparrow and R. Brazeau, *International Survey of Alcoholic Beverage Taxation and Control Policies*, Sixth Edition, Brewers Association of Canada, Jan. 1986.

In order to be a useful tool of public health policy, there must be a relationship between changes in the total societal consumption of alcohol, which does appear to be related to price changes, and the prevalence of alcohol-related problems. That is, while price rises may somewhat reduce the total amount of alcohol consumed by a society, this reduction must be shown to reduce problems in order to be demonstrated as an effective social policy.

There is a relationship between price, consumption and some health problems, especially rates of cirrhosis. The evidence is not as clear for other health problems, however, and even less so for a relationship between price, consumption and other alcohol-related problems. A recent scientific paper by a witness before the Committee, Dr. Reginald Smart, Director of Prevention Studies at the Addiction Research Foundation, concluded that changes in alcohol consumption are an unreliable indicator of how various alcohol-related problems are changing in the three provinces studied.¹⁹ Dr. Smart, however, recommended to the Standing Committee a "very substantial increase in the price of alcoholic beverages".

It appears from the weight of the evidence that an acceptable increase of prices may not have an equal reduction in overall consumption and a corresponding reduction in problems associated with drinking; however, a reduction in prices will increase consumption and, in the long run, increase the prevalence of alcohol-related problems.

A sensible approach to taxation as a control measure must take into account the acceptability of alcohol consumption by Canadians. Canadians accept drinking in moderation as part of their lifestyle and prohibitively high taxes would be unacceptable to many. Such taxes might also have greater impact on non-problem drinkers resulting in a less effective health effect than desired, and encouraging the development of illegal enterprise.

Prices should not be reduced, thereby encouraging excessive drinking, nor should they be forced to prohibitive levels contrary to the wishes of the vast majority of Canadians. Governments must strike a careful balance between useful health policy and limitations on behaviour which would be deemed unacceptable by the public.

- 19. The Standing Committee recommends that the federal government maintain a level of beverage alcohol taxation to ensure that prices of beverage alcohol do not decline relative to real personal income.**

Several witnesses have called for more control over the advertising of beverage alcohol. These individuals suggested a variety of measures ranging from greater responsibility in advertising to a total prohibition on all forms of alcohol advertising.

In Canada, concern about the misuse of alcoholic beverages has been expressed not only by the public and professionals, but by the industry itself. The Canadian brewing and distilling industries have been involved in public advertising campaigns aimed at reducing alcohol misuse. These efforts are to be commended. However, the extent of commercial advertising of alcoholic beverages far exceeds the effort placed on encouraging moderation or assisting those who have developed problems to seek help. The beverage alcohol industry must accept greater responsibility for prevention of alcohol-related problems as the price to pay for access to the Canadian market.

¹⁹ R.G. Smart, "Changes in Alcohol Problems as a Result of Changing Alcohol Consumption: a Natural Experiment", *Drug and Alcohol Dependence*, 19, 1987, p. 91-97.

The Committee learned from Mr. Howard Greenstein, Executive Director of the Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, that Saskatchewan has introduced regulations requiring the electronic media to give increased alcohol abuse information indexed to the rate of beverage alcohol advertising. Broadcasters in Saskatchewan are required to provide 15% of alcohol advertising time in the form of public messages. While the basic concept is sound, the Committee wishes to ensure that it is the advertiser and not the broadcaster who is responsible for carrying the costs of these educational messages and that the public health messages are aired at appropriate times of day.

- 20. The Standing Committee recommends that the Canadian Radio-Television and Telecommunications Commission (CRTC) require beverage alcohol advertisers to provide public alcohol abuse educational messages equal to at least 15% of the total dollar value of their advertising of beverage alcohol.**
-

Several witnesses called on the Government of Canada to introduce warning labels on alcoholic beverages. These witnesses argued that, while beverage alcohol has socially acceptable uses, it is a potentially dangerous substance and those who consume it should be warned of its dangers. In addressing this point, Mr. John Bates, President of People to Reduce Impaired Driving Everywhere, reminded the Committee that “even ASA tablets or cold remedies must contain a warning about how to use the product safely...” This is not now the case with beverage alcohol.

Warnings about the addiction potential of alcohol, the dangers of impaired driving, the risks of fetal alcohol syndrome and other consequences of improper use of alcohol should appear on the labels of beverage alcohol.

- 21. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare ensure that warning labels are affixed to all alcoholic beverages.**

SUPPLY CONTROL

While the focus of our efforts to reduce substance abuse and its consequences must be in the area of demand reduction, there is a need to maintain our efforts to reduce supply of illicit drugs. As discussed in the introduction to this report, the Committee heard from witnesses from all walks of life on the crucial importance of developing new and more effective demand reduction strategies if problems are to be significantly reduced. But witnesses also told the Committee that activities to reduce supply, to enforce the law and to make the trafficking in illicit drugs less rewarding must be augmented.

Illicit drug abuse is an international problem. Concern has been expressed worldwide and has resulted in two United Nations international conventions on drug abuse. Canada, which was a signatory to the first U.N. Convention on Narcotic Drugs, announced as part of its National Drug Strategy its intention to sign the second 1971 U.N. Convention on Psychotropic Drugs.

Drug abuse is also an international problem in that almost all illicit drugs consumed in Canada are produced in other countries. The traffic in these drugs is dominated by organized crime. For those at the highest levels, risks are minimal while the profits of international drug trafficking are substantial. In order to reduce supplies, the RCMP and Canada Customs work not only in Canada, but with producing countries and trans-shipping nations to detect and interdict illegal drugs. These efforts must be strengthened.

In testimony before the Standing Committee, witnesses from the RCMP indicated that the Force has focussed its efforts on the identification and arrest of major drug traffickers. The Committee agrees that the efforts of a national police agency should be directed at the highest levels of national and international crime. Enforcement at this level, however, is difficult and consumes significant amounts of police resources. Despite the focus on high level traffickers, of all drug-related charges laid by the RCMP, 65% were for simple possession of cannabis.²⁰ The Committee believes the RCMP should ensure its resources are properly utilized so that the highest priority for national enforcement will be the upper echelon of international drug trafficking.

As part of the National Drug Strategy, the Government of Canada announced new initiatives to strengthen the capability of national law enforcement and drug interdiction agencies. Additional person years have been added to the RCMP and to Canada Customs in order to strengthen drug intelligence capabilities and to detect and seize illicit drugs.

Enforcement at the local level is primarily the responsibility of provincial and local law enforcement agencies. It is important that these agencies receive cooperation from the RCMP in order that their work be more effectively carried out. Timely access to appropriate drug intelligence and the coordination of efforts are essential to ensure enforcement at the street level. Joint force operations should be encouraged to reduce duplication and maximize efficiency. The RCMP should also increase the support provided to provincial and local law enforcement agencies in the form of enhanced training on drug detection, and investigation of drug profiteering.

²⁰ Canada, *RCMP National Drug Intelligence Estimate 1984/85 with Trend Indicators through 1987*, RCMP, Ottawa, 1985.

The abuse of drugs, including alcohol, has been shown to be related to non-drug crime. The Correctional Service of Canada has estimated that almost 70% of the inmates in federal penitentiaries have serious substance abuse problems. As part of the National Drug Strategy, correctional staff will be trained to recognize signs of substance abuse and to help inmates through substance abuse programs. Inmate pre-release programs and assistance on release will be provided to inmates and ex-inmates.

The profits of illicit drug trafficking

Demand in countries like Canada has produced an illegal international drug supply system which is responsible for the manufacture and illegal importation of drugs. Profits from this organized drug trafficking are significant. In his evidence, Chief Superintendent R. Stamler of the RCMP described the profitability of international traffic in illicit drugs:

Drug trafficking generates more revenue for criminal organizations than any other type of criminal activity... The illicit opium producer may make only several thousand Canadian dollars from his annual harvest, while the organized criminal syndicates which manufacture, transport and sell heroin on the illicit markets receive billions of tax-free dollars annually.

There is a principle of Canadian law which states that criminals should not benefit from their crimes. This principle ought to be rigidly supported by laws which can remove the profit from illegal drug trafficking. According to Superintendent Stamler, this is not always the case:

The risks involved are extremely low for the financiers and high-level international criminals, who may never come into direct contact with illicit drugs. In such circumstances, the drug trafficking syndicates can be expected to flourish and to continue supplying illicit drugs to meet the permanent demand from groups within society willing to pay the price for them.

Under the new National Drug Strategy, the Minister of Justice has introduced legislation to seize the profits of illicit drug trafficking, consistent with the advice provided to the Standing Committee from law enforcement officials across Canada. The Standing Committee is concerned, however, that the proposed legislation does not compel financial institutions operating in Canada to report large cash transactions in Canadian or in foreign currency. Such legislation would not affect legitimate commercial transactions and would merely "flag" certain cash transactions for possible scrutiny by law enforcement agents.

The Canadian Bankers Association has made it clear that Canadian banks will not assume "the task of policing criminal activity". In a statement, the Association stressed the banks' duty of confidentiality to clients, "Disclosure of account information by a bank to enforcement agencies will occur when the bank is compelled by law to do so". This Committee's concern is that such compulsion can only occur when there has already been evidence that individuals have profited from crime. The Committee is also concerned that there is no requirement for the banks to maintain the records most suitable for police investigation and in an accessible form or for a period of time appropriate for law enforcement purposes.

The Standing Committee was informed by several witnesses of the success of legislation in the United States which requires banks to maintain records of cash transactions in excess of \$100 and to report cash transactions of \$10,000 or more. This

system of reporting has had good results in assisting law enforcement officials and the courts in detecting and seizing the profits of drug trafficking.

While Canadian banks are required to retain records of cash transactions under the *Bank Act*, there is currently no requirement that banks report large cash transactions, or maintain records of such transactions in a particular fashion.

- 22. The Standing Committee recommends that the Minister of Justice table legislation requiring financial institutions operating in Canada to report to the federal government all cash transactions in Canadian or in foreign currencies of \$10,000 or more, and that such records be retained by these institutions in a manner prescribed in regulations so as to facilitate the tracing of the proceeds of crime.**
-

Drug paraphernalia

Of special concern to witnesses from law enforcement agencies and from parent groups concerned with drug abuse was the open and legal sale of drug paraphernalia. Drug paraphernalia include equipment and products used in the production and use of illicit drugs. Witnesses from these two groups were particularly concerned at the presence of "head shops" in many Canadian cities. "Head shops" are commercial enterprises whose principal business is the sale of drug paraphernalia and items which describe their use and which advocate the use of illicit drugs. Drug paraphernalia sold in "head shops" includes scales and balances for weighing drugs, kits for diluting cocaine and other drugs, hashish pipes, empty capsules to be filled with drug substances and other objects for illicit drug use.

Calls for the banning of "head shops" came from witnesses from the RCMP, the Canadian Association of Chiefs of Police, the Ontario Association of Chiefs of Police, Alcohol and Drug Concerns Inc., Parents Against Drug Abuse, the Ontario Secondary Schools Principals Council, the Ontario Association of Home and School Associations, and Youth Alcohol and Drug Community Action. According to these groups, the presence of "head shops" presents a mixed message to youth. While educators and parents discourage the use of illicit drugs, there is public tolerance of the sale of drug paraphernalia and the public display of these items. The presence of "head shops" and the display of paraphernalia are also seen by these witnesses as glamourizing drugs and their illicit use.

Assistant Commissioner D. Heaton of the RCMP told the Standing Committee:

I think if we are really serious about the drug problem, there is probably no better place to start than to look at the drug paraphernalia. At a time when we put forth preventive education of our young people as a priority, there is an industry that thrives in this country delivering a completely contradictory message. We permit retail outlets that are called "head shops" to operate, and they distribute literature, equipment, and material to facilitate and enhance the use of illicit drugs. The paradox of such an industry is all too obvious. It relies on the message of drugs and their glamour for youth, and it delivers a message that really is directly opposite to what needs to be taught.

The development of legislation aimed at banning drug paraphernalia is a difficult task as, in most cases, items of drug paraphernalia also have legitimate and non-drug applications. The intent of legislation should be to close "head shops" and not to attack

the items themselves. The law must be carefully drafted to address those commercial enterprises which glamourize and facilitate illicit drug use.

- 23. The Standing Committee recommends that the Minister of Justice, in cooperative efforts with his provincial counterparts, develop legislation to close “head shops” (commercial enterprises whose principal business is the sale of drug paraphernalia and items which describe their use and which advocate the use of illicit drugs).**
-

Prescription drugs

The Standing Committee learned of problems in the abuse of prescription drugs. The increasing number of individuals cross-addicted to alcohol and prescription drugs have concerned some witnesses about the prescribing practices of some physicians. The Standing Committee learned of the difficulty in identifying individuals who are “multiple-doctoring”, whereby patients see more than one physician in order to secure multiple prescriptions for a single health problem.

Currently, the Bureau of Dangerous Drugs in the Department of National Health and Welfare is responsible for monitoring narcotic drug prescriptions in Canada. The Committee is concerned that such monitoring is far too limited in scope in that it includes only a small number of the drugs subject to abuse. The Standing Committee believes it is necessary to develop a system which will allow the monitoring of the full range of mood-altering prescription drugs.

Monitoring will provide accurate data not now available on the extent of drug use. Much of our epidemiological knowledge has been derived from survey research, rather than from observation of drug prescribing practices. A monitoring system should facilitate the identification of those patients who are receiving multiple prescriptions for their own use or for illicit diversion to others. Such a system will also assist the Colleges of Physicians and Surgeons to monitor the prescribing practices of their members, to take remedial action where appropriate, and to target their educational messages.

The Standing Committee recognizes the difficulties in developing a national system for prescription drug monitoring. Of the provinces, only Saskatchewan has developed a prescription drug monitoring system and this may serve as one model to be considered. In Alberta, the College of Physicians and Surgeons has introduced a more limited system for tracking prescriptions for ten analgesic drugs.

A national system must be designed to protect the privacy of the patient and meet the needs of physicians and pharmacists. It must provide information in a timely manner and which does not place undue burden on health care professionals. Finally, a prescription monitoring system must be affordable.

- 24. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare establish an Expert Task Group to examine the feasibility of establishing national standards for provincial systems for the monitoring of mood-altering prescription drugs and to bring forth recommendations on the establishment of such systems.**

PROFESSIONAL EDUCATION AND TRAINING

Substance abusers are disproportionately heavy consumers of health care resources. Several studies have demonstrated the high degree to which hospital admissions are related to alcohol abuse. Dr. Ken Thornton, Chief of the Department of Laboratory Medicine, Greater Victoria Hospital Society, reported to the Standing Committee the results of an "informal survey" of hospital patients in Victoria, British Columbia:

[The survey] showed that over 20% of adult in-patients were dependent on alcohol. And that has been confirmed, of course, in the literature. They are, of course, disproportionately represented in hospital and use disproportionate amounts of medical service... and I think the out-patient representation is far larger than the in-patient representation.

Health care workers are in a critical position to assist in the prevention and treatment of drug problems as they regularly come into contact with abusers of alcohol at all stages of the disease process. In addition, the Standing Committee heard of the growing number of multiple drug users who appear in physicians' offices. Cross-addiction to alcohol and prescription drugs, most notably the minor tranquilizers, was especially singled out by witnesses.

There are several problems which can be addressed through improved training in the health professions. First, there is at times an unfortunate tendency for professionals to deny that a problem exists. This was termed a "conspiracy of silence" by Dr. Thornton, who indicated that because professionals consume alcohol themselves, they are reluctant to identify alcohol abusers in their practices. It is important for them to become aware of the significant role they can play in prevention and treatment.

Secondly, additional professional training is necessary to enhance the ability to recognize drug-related problems, especially in their early stages. Professionals must learn how to respond to drug abuse problems once they have been identified. The perception that some of these problems are intractable, the lack of a clear technological intervention, and non-compliance by some of these patients have resulted in the avoidance by some professionals of recognition and treatment.

Physicians were also said to need additional training in prescribing. Over-prescribing of psychoactive drugs and relying too heavily on these were identified as issues requiring additional attention in physician education.

Despite the significance of substance abuse in health care practice in Canada, little time is devoted to drug abuse in undergraduate, graduate or continuing medical education. While witnesses differed as to which educational level should receive the greatest emphasis, strong opinion was expressed on the need for additional training.

Mr. Marvin Burke, Executive Director of the Nova Scotia Commission on Drug Dependency, was one of the witnesses who addressed the need for additional physician training:

Physicians have to be trained. They have to be trained to understand this problem, to understand that there are many resources in the community that are prepared to work alongside them. It is very crucial that this be considered not just in one school, but right across this country.

The Standing Committee agrees that there is a need for additional training for those studying to enter health care professions as well as those already in them.

- 25. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare convene a committee of representatives of the professional associations concerned with the training of health professionals. This Committee, in consultation with experts in substance abuse, will identify the needs for enhanced professional education, and will bring forth recommendations for curricula changes with regard to the early identification of alcohol and drug-related problems, appropriate professional interventions, and prescribing practices.**

PROGRAM EVALUATION

Several witnesses before the Committee spoke of the need for program evaluation. In support of this view, Ms. Maggie Hodgson, Executive Director of the Nechi Institute on Alcohol and Drug Education, spoke forcefully on the need for major expansion of program evaluation efforts. In her own program, implementation of recommendations of a recent evaluation allowed the agency to increase its productivity by 166% while reducing costs by 12%. The Committee recognizes that evaluations, though they will not often achieve these results, can, however, provide the information necessary for better understanding and improvement of program operation.

Program evaluation will equip service providers with the information necessary to establish priorities rationally and to reallocate resources as client needs change. The most effective methods can be identified and developed while resources going to less effective techniques can be reassigned.

- 26. The Standing Committee recommends that all new substance abuse prevention, treatment and rehabilitation programs funded in whole or in part by the federal government include an evaluation component to monitor activities and to assess impact.**
-

Program providers should be given the opportunity to learn the purposes and methods of evaluation research. Programs can work best where they are subject to ongoing review and modification. Service providers should be given the basic tools to allow them to monitor their own programs and clients, to analyze the impact of their efforts, and to assess the potential for change in program activities. With these skills, providers are more likely to build evaluation into the daily operation of the service.

In describing the need for evaluation competence at the provider level, Ms. Hodgson indicated that technical competence in evaluation methods is not sufficient. It is also important to have competence in community development and a sensitivity to local issues. This can be accomplished through the training of service providers and their participation in or conduct of necessary evaluation research.

- 27. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare provide training in program evaluation to community groups receiving program funds from the Department.**

NATIONAL CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE

Across Canada there have been developments in prevention programming, treatment and rehabilitation methods, assessment procedures, and research. These developments have been at the provincial level in the addictions commissions and in departments of health, social services, and education. Developments have occurred both within industry in Employee Assistance Programs and health promotion programs, and in universities in applied and in pure research.

The experience, special skills and the expertise of Canadians should be regarded as a national resource. There is a pressing need to disseminate the best information available and to develop a permanent forum for addressing substance abuse issues. Our efforts in this area should be formed into a cohesive whole to be seen and used nationally.

There are many centres of distinction across Canada. For example, the Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, the first organization in the drug field to be designated by the World Health Organization as a "centre of excellence" and collaborating centre for research in drug dependence, has conducted biomedical, social, epidemiological research of world renown. The successes of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program in developing culturally relevant treatment programs, of the Alberta Alcohol and Drug Commission in the production of public education materials and the Nova Scotia Commission on Drug Dependency in community development activities, all testify to the important, innovative and excellent work being conducted nationally.

The Standing Committee heard testimony from representatives of the provincial addictions commissions on the need to develop a national organization in the substance abuse area. To some extent, the Addiction Research Foundation has by default adopted a national function. But the Committee is aware that the Addiction Research Foundation does not have a national and international mandate. Recognizing this, Dr. Joan Marshman, the President of the Addiction Research Foundation, joined other heads of provincial addictions commissions in urging the Committee to consider the creation of a new national substance abuse body.

In addition to providing links among the provinces and between the provinces and the federal government, it was suggested by some witnesses that the private sector, labour, and volunteer groups could also be involved in a national substance abuse organization.

Duplication of effort must be avoided. Resources that exist across Canada for professional training, for research, for program evaluation, for prevention and public information should be brought together. A process should be developed in which the various centres of distinction can serve all Canadians.

As part of the National Drug Strategy, the Minister of National Health and Welfare has established a task group to review the means of ensuring that expertise and experience can be made available for the benefit of Canada as a whole and to ensure an ongoing commitment for the promotion of research and the prevention of substance abuse. The Standing Committee is concerned that this task group has been given tools inadequate to the task of creating and supporting a national focus on substance abuse. Under the National Drug Strategy, the government has identified only \$1.4 million over the first four year period and no funds at all have been identified for the fifth and final year of the initial commitment to a National Drug Strategy.

The creation of a national organization need not be an expensive commitment; however, it will require a lasting commitment from the Government of Canada. The Standing Committee believes the Government must identify funds now for the continuing support of a national centre on substance abuse. To indicate the termination of such funding prior to the conclusion of the first five years of the National Drug Strategy provides the wrong signal to the provinces, to the private sector, to labour and to others who might participate in a national organization.

- 28. The Standing Committee recommends that the Government of Canada extend its announced funding of the “National Focus on Drug Abuse” to include all five years of the initial commitment to a National Drug Strategy.**
 - 29. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare consider the creation of a National Centre on Substance Abuse. This National Centre, with a governing body composed of representatives of the federal and provincial governments, of the private sector and labour and of volunteer organizations should:**
 - i. conduct and promote basic and applied research on substance abuse;**
 - ii. disseminate information about substance abuse;**
 - iii. engage in public education and substance abuse prevention; and**
 - iv. encourage the application of new knowledge in clinical programs, prevention programs and research.**
-

Research priorities

The need for additional information on substance abuse is apparent. Across Canada, witnesses indicated important areas requiring additional research effort. There are gaps in our knowledge of all aspects of this complex issue. Not enough is known about the causes of substance abuse. There must be more exploration of the effectiveness of current prevention efforts and the promise of approaches being developed. There is incomplete information about the extent of the drug problem and the characteristics of the population which abuses drugs. Treatment methods need to be more carefully examined and more attention should be paid to matching patients to the treatments that are best for them.

The Standing Committee recognized in its first recommendation the need for additional research on the causes of substance abuse. Other substance abuse issues also require study as a matter of high priority.

It is important to know the prevalence of drug problems and their distribution within the population so as to better direct our prevention and treatment efforts. In addition, these data allow us to evaluate the effectiveness of current approaches. In analyzing the extent of the drug problem, however, the Standing Committee found much of the data that would be helpful to the task did not exist. Basic epidemiologic data were often either not available or inconsistently available.

In addressing the need for epidemiologic data, Dr. Harold Kalant of the Addiction Research Foundation told the Committee:

In areas such as alcohol and drug problems, which cannot logically be seen in a local context, the national and international responsible authorities — and in the context of this hearing... the federal government — can play a very important role if they are so inclined in the support of continuing long-term research into... [epidemiologic trend analysis] which would have been impossible to do without a commitment from some source to gather data over many years in order to be able to map trends, and to do it with standardized techniques so the information from one survey is comparable to and interpretable with the data from another survey.

A number of provinces have been involved in the collection of epidemiologic data. There is, however, no generally agreed upon method for collecting these data, no regularly recurring period of collection nationally, and no consistent effort within all provinces in this type of research. As a result, statistics are limited. While we have data on the total consumption of alcohol, for example, our knowledge of the distribution of consumption by key variables such as age, is more limited. For illicit drugs, our knowledge is even more inadequate. Surveys conducted have not often used the same methods, therefore our ability to combine information or to compare over time or over geographic division is limited.

Mr. Guy Charpentier, Director General of Pavillon Jellinek, described to the Committee a school survey conducted in 1984. While acknowledging the desirability of repeating this survey so as to monitor trends, he told the Committee that the costs of a repetition do not allow this.

The Addiction Research Foundation has conducted regular cross-sectional surveys. A household survey, which was last conducted in 1984, is a random sample of people aged 15 and older. A second cross-sectional survey of Ontario high school students is conducted every two years. This same approach has now been adopted in the United States where a household survey and a school survey will be conducted periodically.

Effective approaches and efficient use of limited treatment and prevention resources demand a more comprehensive and timely data base. Effort must be appropriately targeted and their effects must be known. Amongst its responsibilities, the Standing Committee believes the new National Centre on Substance Abuse can assist this process by establishing a national data base.

- 30. The Standing Committee recommends that the proposed new National Centre on Substance Abuse develop a national substance abuse data base which would include results of national repeated cross-sectional household and school surveys.**
-

Research is being conducted in every province of Canada. An efficient and truly national effort will require greater and more timely sharing of the results of this effort. For example, those who are planning school-based prevention programs should have the latest results of research on the efficacy of various program models. Treatment programs that are developing assessment tools should know about tools developed and piloted by similar programs. Increased sharing of information would make the system both more efficient and more effective.

It is important that current research findings be made more easily accessible to others. Both the production of standardized reports and the provision of information about particular research issues on request is required. The new National Centre should, among its other tasks, take major responsibility for meeting the substance abuse

information needs of health and social service professionals, educators, scientists, policy makers and government officials and the general public.

- 31. The Standing Committee recommends that the proposed new National Centre on Substance Abuse establish a clearinghouse for the dissemination of national and international information on alcohol and other substance abuse.**

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS

Prevention

1. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare through the National Health Research and Development Program support research on the causes of drug abuse.
2. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare, in collaboration with the provinces, introduce a new 50-50% cost sharing program with increased funding for the prevention of substance abuse.
3. The Standing Committee recommends that program funds under the proposed new cost-shared prevention program be made available to both professional and community groups through the relevant provincial bodies.
4. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare identify children and youth as the first priority for funding under the cost-shared substance abuse prevention program.
5. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare negotiate with the Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation (ARF) and with the appropriate provincial bodies the extension of the ARF Drug and Alcohol Information Line.

Treatment and rehabilitation

6. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare initiate discussion with the provinces aimed at developing a 50-50% federal cost-shared program within Health and Welfare Canada with increased funding for the provision of treatment and rehabilitation services for substance abusers.
7. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare identify children and youth as the first priority for funding under the proposed new cost-shared substance abuse treatment program.

Native alcohol and drug programs

8. The Standing Committee recommends:
 - i. that the Department of National Health and Welfare establish substance abuse programs for non-status native people as a high priority for funding under the new cost-shared substance abuse treatment program; and
 - ii. that *all* funding under this proposed new program be contingent on the provinces addressing the needs of non-status native peoples in their jurisdictions.
9. The Standing Committee recommends:
 - i. that the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) amend its objectives to allow program support for off-reserve status Indians and Inuit; and

- ii. that this support be made available to appropriate community-based groups.
10. The Standing Committee recommends:
- i. that the membership of the National Native Advisory Council be more broadly representative of the aboriginal peoples of Canada;
 - ii. that NNADAP and the broadened National Native Advisory Council jointly develop clear program priorities for aboriginal drug abuse programs; and
 - iii. that decisions to fund projects under these new program priorities be jointly made by NNADAP and the National Native Advisory Council.

Driving while impaired

11. The Standing Committee recommends that the Minister of Transport initiate a study of the effect of various legal drinking ages on motor vehicle accident rates and related fatalities and injuries.
12. The Standing Committee recommends that the provinces consider a probationary licence system for new drivers that would make it an offence to drive a motor vehicle during this probationary license period, or to drive while below the provincial legal drinking age, with any measurable alcohol in the body.
13. The Standing Committee recommends that the federal and provincial Solicitors General work jointly toward implementing a national strategy to reduce impaired driving. This strategy should include:
- i. increased road-side spot checks to detect impaired drivers;
 - ii. the availability in all police vehicles of portable Breathalyzer equipment;
 - iii. a minimum penalty on second conviction for impaired driving sufficient to signal the very serious nature of the offence; and
 - iv. the education of law enforcement personnel about the severity of the crime of driving while impaired.
14. The Standing Committee recommends that the Solicitor General and his provincial counterparts:
- i. review the extent to which “telewarrants” are being used to allow the taking of appropriate samples of blood by licensed medical practitioners from drivers believed to have been driving while impaired, but who, because of their impairment, physical injury or other reason are not capable of giving consent to the procedure or of providing a sample of their breath; and
 - ii. encourage law enforcement agencies to make use of telewarrants where appropriate.

The workplace

15. The Standing Committee recommends that employers not introduce mass or random drug screening of either job applicants or employees. Only in exceptional cases in which drug use by employees constitutes a real risk to safety, the

Standing Committee recommends that drug screening may be introduced under the following conditions:

- i. there must be cause, i.e. the employee must have shown evidence of impairment or of performance difficulties;
 - ii. the testing procedure must provide a secure chain of evidence to ensure samples have not been tampered with or unintentionally altered;
 - iii. the specimen must be collected in a manner which protects the privacy and dignity of the individual;
 - iv. all positive test results must be confirmed by gas chromatography/mass spectrometry, or tests of equal precision and specificity;
 - v. testing must be used to assist the employee in seeking appropriate treatment for drug abuse where warranted; test results should not be used as evidence in criminal proceedings;
 - vi. results of positive tests and confirmations should be conveyed to a licensed medical practitioner acceptable to both the employee and the employer. The employee will be given the opportunity to meet with the medical practitioner or to present evidence with regard to the positive finding before the medical practitioner recommends a course of action to the employee and the employer; and
 - vii. any limited drug testing which may be introduced must include screening for alcohol abuse.
16. The Standing Committee recommends:
- i. that the policy proposed in recommendation 15 be immediately implemented by appropriate methods for all employees of the federal government, its Crown corporations, its agencies, boards and commissions; and
 - ii. that the Government of Canada consider legislation to limit and control mandatory drug screening in the private sector.
17. The Standing Committee recommends that Employee Assistance Programs be made available to all employees under the jurisdiction of the federal government and, wherever possible, these programs be introduced as a joint effort by management and labour.
18. The Standing Committee recommends that the immediate family members of federal government employees whose employment requires frequent moves or geographic isolation be eligible for participation in Employee Assistance Program.

Beverage alcohol

19. The Standing Committee recommends that the federal government maintain a level of beverage alcohol taxation to ensure that prices of beverage alcohol do not decline relative to real personal income.
20. The Standing Committee recommends that the Canadian Radio-Television and Telecommunications Commission (CRTC) require beverage alcohol advertisers to

provide public alcohol abuse educational messages equal to at least 15% of the total dollar value of their advertising of beverage alcohol.

21. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare ensure that warning labels are affixed to all alcoholic beverages.

Supply control

22. The Standing Committee recommends that the Minister of Justice table legislation requiring financial institutions operating in Canada to report to the federal government all cash transactions in Canadian or in foreign currencies of \$10,000 or more, and that such records be retained by these institutions in a manner prescribed in regulations so as to facilitate the tracing of the proceeds of crime.
23. The Standing Committee recommends that the Minister of Justice, in cooperative efforts with his provincial counterparts, develop legislation to close "head shops" (commercial enterprises whose principal business is the sale of drug paraphernalia and items which describe their use and which advocate the use of illicit drugs).
24. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare establish an Expert Task Group to examine the feasibility of establishing national standards for provincial systems for the monitoring of mood-altering prescription drugs and to bring forth recommendations on the establishment of such systems.

Professional education and training

25. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare convene a committee of representatives of the professional associations concerned with the training of health professionals. This Committee, in consultation with experts in substance abuse, will identify the needs for enhanced professional education, and will bring forth recommendations for curricula changes with regard to the early identification of alcohol and drug-related problems, appropriate professional interventions, and prescribing practices.

Program evaluation

26. The Standing Committee recommends that all new substance abuse prevention, treatment and rehabilitation programs funded in whole or in part by the federal government include an evaluation component to monitor activities and to assess impact.
27. The Standing Committee recommends that the Department of National Health and Welfare provide training in program evaluation to community groups receiving program funds from the Department.

National Centre on Substance Abuse

28. The Standing Committee recommends that the Government of Canada extend its announced funding of the "National Focus on Drug Abuse" to include all five years of the initial commitment to a National Drug Strategy.

29. The Standing Committee recommends that the Minister of National Health and Welfare consider the creation of a National Centre on Substance Abuse. This National Centre, with a governing body composed of representatives of the federal and provincial governments, of the private sector and labour and of volunteer organizations should:
 - i. conduct and promote basic and applied research on substance abuse;
 - ii. disseminate information about substance abuse;
 - iii. engage in public education and substance abuse prevention; and
 - iv. encourage the application of new knowledge in clinical programs, prevention programs and research.
30. The Standing Committee recommends that the proposed new National Centre on Substance Abuse develop a national substance abuse data base which would include results of national repeated cross-sectional household and school surveys.
31. The Standing Committee recommends that the proposed new National Centre on Substance Abuse establish a clearinghouse for the dissemination of national and international information on alcohol and other substance abuse.

GLOSSARY OF TERMS USED IN THE REPORT

aboriginal peoples — Aboriginal peoples are the native North Americans. The term refers to native Indians, the Inuit and Métis.

addiction — For some people, the terms “addiction” and “addict” are used in a negative sense, implying moral weakness. When used by drug abuse experts the terms refer to the use of drugs when accompanied by physical dependence. Addiction is usually said to occur when the user is dependent, experiences tolerance (requires increasingly more of the substance to achieve the same drug effect) and experiences unpleasant physical withdrawal effects when the drug is removed. Because of the moral implications of the term “addiction”, the World Health Organization recommends the use instead of the term “drug dependence”.

alcohol (ethanol) — Although many people do not usually consider beverage alcohol to be a drug, it is a sedative drug. The most widely used and abused drug in Canada, alcohol produces central nervous system effects similar to those of other sedatives.

alcohol abuse — As with other forms of drug abuse, it is not clear what behaviours constitute alcohol abuse. Generally, it is felt that alcohol abuse occurs when the use of alcohol is engendered by physical or psychological dependence, when the use of alcohol causes physical, social or psychological problems.

blood alcohol level — Blood alcohol level is the concentration of alcohol in the user's body. Generally, where impaired driving is suspected, police measure blood alcohol level by use of the Breathalyzer. This device measures the amount of alcohol in exhaled breath and this acts as an index of the blood concentration of alcohol. In Canada, it is illegal to drive with a blood alcohol level in excess of .08 grams of alcohol per 100 millilitres of blood.

Breathalyzer — See blood alcohol level.

Canada Assistance Plan (CAP) — Canada Assistance Plan is a program of the federal government which provides assistance and welfare services. The program is cost-shared with the provinces. In 1987-88, the federal government will provide more than \$4 billion to 2.5 million needy Canadians under CAP. A small amount of funding for alcohol abuse programs is available under CAP.

cannabis — Cannabis is a plant producing a psychoactive drug substance. The main mood-altering ingredient in cannabis is called “delta-9- tetrahydrocannabinol” or “THC”. Marijuana is composed of the leaves of the dried cannabis plant. Hashish is the dried resin produced from the leaves. The drug can be smoked or ingested. Cannabis users seek the common short-term effect of euphoria. In higher doses, the drug can cause perceptual distortion, disorganized thought and hallucinations.

cocaine — Cocaine is extracted from the leaves of the coca plant which grows in South America. The drug is a powerful central nervous system stimulant. In Canada, cocaine is usually inhaled, but “crack”, a cocaine derivative, is usually smoked. Cocaine can also be taken intravenously. In addition to the stimulant effects of cocaine, the drug often induces euphoria in users. Cocaine use increases the pulse rate, blood pressure, and the rate of respiration, reduces appetite and interferes with sleep. Psychological dependence on cocaine can occur. Cocaine has been implicated in sudden, unpredictable death in users.

cost-shared program — In this report, the term “cost-shared program” refers to a funding program in which 50% of the eligible costs of a provincial activity are provided by the federal government.

cross-sectional survey — A survey providing information at a given point in time. A survey which provides information concerning more than one point in time is called a “longitudinal survey”.

demand reduction — This term refers to strategies aimed at decreasing the desire of individuals or groups to use drugs. Demand reduction includes prevention of drug use and the treatment of drug users.

drug abuse — There is no one generally agreed upon definition of “drug abuse”. Drug abuse may be said to occur when the use of a drug is the result of the development of physical or psychological dependence on it, is damaging to the user’s health, or creates social or psychological harm.

drug paraphernalia — Drug paraphernalia are items which are used to assist or enable illicit drug use. Drug paraphernalia consist of items which almost always have legitimate uses as well and may include such diverse items as balance scales for weighing drugs, water pipes for smoking hashish, mirrors and razor blades in “cocaine kits” and other items.

drug testing — Drug testing usually refers to the analysis of urine samples for the purpose of detecting illicit drug products. Drug testing has become a political issue with certain groups advocating its mandatory use in workplaces as a way of detecting and reducing illicit drug use.

Employee Assistance Programs — Employee Assistance Programs involve the development of written policies and procedures designed to assist workers who are experiencing substance abuse problems and other personal problems. Increasingly developed jointly by management and labour, Employee Assistance Programs help troubled workers to find needed treatment and rehabilitation.

epidemiology — Epidemiology is the study of the occurrence, distribution and causes of illness in human populations.

head shop — “Head shops” are commercial enterprises whose principal business is the sale of drug paraphernalia and items which describe their use and which advocate the use of illicit drugs. “Head shops” sell such drug paraphernalia as scales and balances for weighing drugs, kits for diluting cocaine and other drugs, hashish pipes, empty capsules to be filled with drug substances and other objects for illicit drug use along with informational material on the use of paraphernalia in the use of illicit drugs.

heroin — Heroin, one of the narcotic drugs, is a central nervous system depressant. Heroin has an analgesic effect, but is abused because of its euphoric effect on the user. Heroin abusers usually inject the drug, although it can also be inhaled or ingested. The drug can produce withdrawal distress. Heroin is not widely used in Canada.

Inuit — Inuit are one of the original aboriginal peoples in North America. Inuit, meaning “the people” were one of the original groups to settle the North. Inuit were at one time known to European settlers by the derogatory term “Eskimos”.

Métis — The term “Métis” refers to people of mixed native North American Indian and European descent.

mood-altering drugs — Mood-altering drugs, or psychoactive drugs, affect the way the drug user thinks or feels. Such drugs include a wide variety of stimulants, depressants and hallucinogens.

multiple-doctoring — Multiple-doctoring is the use of more than one physician so as to secure additional prescriptions for drugs. Multiple doctoring may be done in order to secure additional drugs for the individual’s own use or for illicit resale.

National Drug Strategy — The National Drug Strategy is a newly announced series of initiatives by the Government of Canada aimed at reducing substance abuse. The National Drug Strategy will provide an additional \$210 million over five years to combat substance abuse.

National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) — NNADAP is a program within Health and Welfare Canada to provide support to substance abuse programs for on-reserve status Indians and Inuit. The program will contribute approximately \$52 million in 1987-88.

National Native Advisory Council — This group acts as an advisory body to the National Native Alcohol and Drug Abuse Program and to the Minister of Health.

Native peoples — The term “native peoples” is often used interchangeably with “aboriginal peoples” to refer to the Indian, Inuit and Métis.

Person-year — A person-year is a measure of human resources, and refers to the employment of one person for one full year, or its equivalent, for example, two persons for six months each.

prescription drugs — Prescription drugs include all drugs requiring written order from a licensed medical practitioner.

prevalence — Prevalence is the total number of cases of a specific disease or condition in existence in a specified population at a specified period of time.

prevention — In the health care field, prevention may be said to be either “primary”, “secondary”, or “tertiary”. Action taken before the onset of the problem is said to be primary prevention. Intervention taken when the symptoms or signs of the problem become known is termed secondary prevention. Tertiary prevention is treatment and rehabilitation aimed at minimizing the harmful effects of a condition. School-based drug abuse programs are examples of primary prevention in the area of substance abuse. A program aimed at assisting drug users to withdraw from drug use is an example of secondary prevention. Detoxification of chronic alcohol abusers is an example of tertiary prevention. In this report the term “prevention” generally refers to primary prevention.

program evaluation — Program evaluation is the application of social science methods to social and health programs in order to monitor activities, identify outcomes, analyze the relative costs and impacts of competing programs or models of service, and other studies to improve knowledge of the effects of programs.

solvents — Solvents are chemicals used in commercial and household preparations. They are highly volatile organic chemicals. Contained in such items as nail polish remover, glues, and gasoline, solvents can be inhaled so as to cause lightheadedness, exhilaration and excitement. Solvents can also cause disorientation, unconsciousness and seizures. Long-term effects can include weight loss, liver and kidney problems, irritability and depression.

substance abuse — Substance abuse includes the abuse of all mood-altering substances, including alcohol, solvents, prescription and non-prescription drugs. As with the term “drug abuse”, there is no one generally agreed upon definition of “substance abuse”. It may be said to occur when the use of a drug results in the development of physical or psychological dependence on it, is damaging to the user’s health, or creates social or psychological harm.

supply reduction — Supply reduction refers to strategies aimed at decreasing the availability of drugs. Supply reduction includes the detection of illicit drugs, drug interdiction and drug law enforcement.

tranquilizers — Tranquilizers are a group of central nervous system depressants which can be taken either orally or by injection. These are the most frequently prescribed drugs in Canada. Now usually called “anxiolytics” or anti-anxiety drugs, these drugs have abuse potential. Effects of the use of these drugs include feelings of relaxation and well-being. Even at normal dosages, the drugs can reduce intellectual and perceptual functioning. Chronic users risk dependence on these drugs.

Vocational Rehabilitation for Disabled Persons (VRDP) — Vocational Rehabilitation for Disabled Persons is a federal government program providing financial assistance to the provinces in support of programs for disabled Canadians. The program is cost-shared. In 1987-88, the federal government will provide \$95 million in support of provincial programs. It is estimated that \$20 million of this will be in support of alcohol and drug abuse programs.

APPENDIX “A”

WITNESSES AND SUBMISSIONS

Issue No.	Date	Organizations and Witnesses
3	Thursday, December 11, 1986	<p>Carleton University</p> <p>Dr. M. Parkes, Director of Research Resources Development Research Centre</p> <p>Peter Appleton, Director of Administration Resources Development Research Centre</p> <p>Dr. A. Sweeny, Research Associate Resources Development Research Centre</p>
3	Thursday, January 22, 1987	<p>Royal Canadian Mounted Police</p> <p>Chief Superintendent R.T. Stamler Director, Drug Enforcement</p> <p>Donald H. Heaton, Assistant Commissioner Commanding Officer of “F” Division</p>
4	Monday, January 26, 1987	<p>Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Royal Ottawa Hospital)</p> <p>Dr. Allen Wilson, Director</p> <p>Dr. Douglas Tate, Program Coordinator</p>
6	Thursday, February 5, 1987	<p>Individual</p> <p>Norman Panzica, Independent Counselor Toronto, Ontario</p> <p>Department of Revenue Canada, Customs and Excise</p> <p>W.C. McKissock, Chief, Narcotics Interdiction and Intelligence Division</p>

- 7 Monday, February 16, 1987 **Royal Canadian Mounted Police**
 Sergeant Michel Pelletier
 Drug Awareness and Education
 Program
 Westmount, Quebec

 **Saskatchewan Alcohol and Drug
 Abuse Commission**
 Howard Greenstein, Executive
 Director
- 8 Thursday, March 5, 1987 **University of Toronto**
 Dr. H. Kalant
 Department of Pharmacology
 Faculty of Medicine

 Addiction Research Foundation
 Dr. R.G. Smart, Director
 Prevention Studies
- 9 Monday, March 9, 1987 **Department of National Health and
 Welfare**
 Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy
 Minister
 Health Services and Promotion
 Branch

 Lavada Pinder, Acting Director
 General
 Health Promotion Branch

 Dr. Irving Rootman, Acting Director
 Program Resources Division
 Health Promotion Branch

 Ron Dykeman, Policy Analyst
 Health Protection Branch
- 10 Tuesday, March 10, 1987 **CanCare Canada**
 Peter A. Lea, President
 Bill Graham, Vice-President

 Rideauwood Institute
 Paul Welsh, Executive Director

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 11 | Tuesday, March 17, 1987 | <p>Canadian Association of Chiefs of Police</p> <p>D.N. Cassidy, Executive Director</p> <p>R.T. Stamler, Vice-Chairman
Drug Abuse Committee</p> <p>Jacques Duchesneau, Director
Montreal Urban Community Police</p> <p>Lawrence Hovey, Staff Sergeant
Metropolitan Toronto Police</p> <p>Council on Drug Abuse</p> <p>Norman Panzica, Senior Consultant
Independent Counselor, Toronto</p> |
| 12 | Thursday, March 19, 1987 | <p>Nova Scotia Commission on Drug Dependency</p> <p>Marvin Burke, Executive Director</p> <p>Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission</p> <p>Greg Stevens, Chairman</p> <p>Brian Kearns, Executive Director
Program Services</p> |
| 13 | Tuesday, March 24, 1987 | <p>Alcohol and Drugs Program of British Columbia</p> <p>David Gilbert</p> <p>Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick</p> <p>Joseph E. McIntyre, Executive
Director</p> |
| 16 | Monday, April 27, 1987 | <p>Minister of National Health and Welfare</p> <p>The Honourable Jake Epp</p> <p>Department of National Health and Welfare</p> <p>Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy
Minister
Health Protection Branch</p> |

19

Thursday, May 21, 1987

Dr. D.E.L. Maasland
Assistant Deputy Minister
Income Security

Addiction Research Foundation

Dr. Joan Marshman, Director

William Becks
Treatment Services Consultant
Community Services Division

Garth Martin, Head
Sociobehavioural Treatment Services

Bruce Cunningham
Employee Assistance Program

Dr. Donald Meeks, Training

Dr. Michael Goodstadt, Head
Education Research Programme

Henry Schankula, Director
Education Resources Division

Council on Drug Abuse

Fred Burford, President

Michael Harrison, Executive Vice-
President

Ottawa Board of Education

Don Smyth
Drug and Alcohol Abuse Consultant

20

Friday, May 22, 1987

Alcohol and Drug Concerns Inc.

Alan Staig, Chairman
Social Action and Legislative
Committee

Karl N. Burden, Executive Director

Toc Alpha

Michael DeGagné, Youth
Coordinator

Parents Against Drugs

Joan Gitelman, Executive Director

Walter Cebrynsky, Chairman

John Garcia, Board Member

Ontario Association of Chiefs of Police

Superintendent Sefrin H. Ginther
Officer in Charge
Drug Enforcement Branch, Toronto

Ontario Secondary Schools Principals Council

George W. Peck, Chairman
Drug Education Committee

People to Reduce Impaired Drive Everywhere

John Bates, President

Canadian Institute for Guardianship

Dr. D.V. Anderson

Ontario Federation of Home and School Association

Norma McGuire, Substance Abuse
Chairman

Central Toronto Youth Services

Grant Lowery, Executive Director

21

Monday, May 25, 1987

Native Council of Canada

Christopher McCormick,
Vice-President

Gail Graham, Second Vice-President
of the Native Council, Prince
Edward Island

Bob Groves, Special Advisor

Individual

Dr. Donald Morison Smith
Former Chairman, United Nations
Commission on Narcotic Drugs

Individual

John Jansen, Member of the
Legislative Assembly of British
Columbia
Chairman, Liquor Policy Review
Committee

Victoria Police Department

William Snowden, Chief Constable

Douglas E. Richardson,
Superintendent
Officer in Charge of Operations

Victoria Life Enrichment Society

Dr. C.H. Aharan, Director

**Task Force on Alcohol and Drug
Abuse in the Workplace**

James M. Ryan, Chairman

Dr. Douglas Graham, M.D.
Technical Advisor

Images UnLtd.

Ludmyla Glover
Personal Development Consultant

Justis Chase
Personal Development Consultant

Individual

Donald W. Munro
Former Member of Parliament

**Breakthrough Productions and the
Society for Exploring Television
with Children and Youth (ETC)**

Joy Simons, Director

Hilary Jones-Farrow, Director

Evan Adams, Youth Participant

Daniella Sorentino, Youth Participant

**Drug and Alcohol Rehabilitation
Society of Greater Victoria**

Dr. Ken Thornton, Board Member

John Cantelon, Administrator

Dr. Maureen Piercey, Consulting
Physician

**British Columbia Medical
Association**

Dr. Allan G. Clews, Chairman
Committee on Substance Abuse

Dr. Douglas Graham

British Columbia Ministry of Health

David Gilbert, Alcohol and Drug
Programs

23

Wednesday, June 3, 1987

Kaiser Substance Abuse Foundation

Ross Ramsey, President

**Alternatives Program for the
Prevention of Chemical
Dependencies**

Alan A.W. Podadowski, Executive
Director

Alkali Lake Reserve

Anastasia Nelson
Alcohol and Drug Counselor

**National Native Alcohol and Drug
Abuse Program (NNADAP)**

Phil Hall, Chairman
National and Regional Board

Horizon Institute

Jon-Lee Kootnekoff, President and
Director

Individual

Reta Felling

British Colombia Ministry of Health

Dr. Carl Stroh, Regional Manager
Alcohol and Drug Programs

Alcohol-Drug Education Service

Art Steinmann, Executive Director

Colin Mangham, Program Director

British Columbia Telephone Company

Doug Hockley, Programme Manager
Employee Assistance

**University of British Columbia,
Family Practice Unit**

Dr. Peter Grantham

24

Thursday, June 4, 1987

**Nechi Institute on Alcohol and Drug
Education**

Maggie Hodgson, Executive Director

**Alcohol and Drug Association of
Alberta**

Douglas H. Russell, Director

**Alberta Alcohol and Drug Abuse
Commission**

Dr. Stewart Clark
Medical Pharmacology Consultant

**Federation of Saskatchewan Indian
Nations**

Chief Paul Poitras, Chairman,
Regional Board, National Native
Alcohol and Drug Abuse Program

Chief Melvin Isnana

Poundmakers Lodge

Pat Shirt, Executive Director

25

Monday, June 22, 1987

**Department of National Health and
Welfare**

J.D. Nicholson, Assistant Deputy
Minister
Medical Services Branch

Richard Jock, Program Manager
National Native Alcohol and Drug
Abuse Program

**National Native Advisory Council on
Alcohol and Drug Abuse**

Louise Mayo, Executive Director

Poundmakers Lodge

Pat Shirt, Director

Union of Ontario Indians

R.K. (Joe) Miskokomon
Grand Council Chief of Anishinabek
Nation

26 Tuesday, June 23, 1987

University of Western Ontario

Professor Robert Solomon
Faculty of Law

27 Monday June 29, 1987

Department of Justice

Richard G. Mosley, General Council
Criminal Law Policy and
Amendments Section

Ministry of the Solicitor General

Kim Johnston, Policy Advisor
R.C.M.P. Policy and Programs

APPENDIX “B”

OTHER REPRESENTATIONS SUBMITTED TO THE COMMITTEE

Brawner, Patricia

Cartier Manor

Drug Education Coordinating Council

Lévesque, Denis

Stonehenge Institute

Pursuant to Standing Order 99(2), the Committee requests that the Government table a comprehensive response to this Report within one hundred and fifty (150) days.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on National Health and Welfare (*Issue No. 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 and 27 of the Second Session of the Thirty-Third Parliament, which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

Bruce Halliday, M.P.
Chairman

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, AUGUST 4, 1987
(39)

The Standing Committee on National Health and Welfare met *in camera*, at 9:10 o'clock a.m., at the O'Brien House, Meech Lake, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

Members of the Committee present: Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Other Member Present: Gilles Grondin.

In attendance: From the Library of Parliament: Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

The Committee resumed consideration of the Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse in Canada.

The Committee commenced consideration of a draft report to the House of Commons.

By unanimous consent, it was agreed, — That the Committee authorize the expenditure of funds from the Committee budget to pay the costs incurred for the two-day working session held at Meech Lake.

At 12:00 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 1:30 o'clock p.m., the sitting resumed.

At 5:30 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 6:30 o'clock p.m., the sitting resumed.

At 8:30 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, AUGUST 5, 1987
(40)

The Standing Committee on National Health and Welfare met *in camera*, at 9:00 o'clock a.m., at the O'Brien House, Meech Lake, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

Members of the Committee present: Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

In attendance: From the Library of Parliament: Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

The Committee resumed consideration of the Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse in Canada.

The Committee resumed consideration of a draft report to the House of Commons.

At 1:00 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, SEPTEMBER 1, 1987
(41)

The Standing Committee on National Health and Welfare met *in camera*, at 9:14 o'clock a.m., in Room 306 of the West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

Members of the Committee present: Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

In attendance: From the Library of Parliament: Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

The Committee resumed consideration of the Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse in Canada.

The Committee resumed consideration of a draft report to the House of Commons.

At 12:47 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 3:40 o'clock p.m., the sitting resumed.

At 4:24 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 5:00 o'clock p.m., the sitting resumed.

At 5:55 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, SEPTEMBER 17, 1987
(42)

The Standing Committee on National Health and Welfare met *in camera* at 3:27 o'clock p.m., in Room 371 of the West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

Members of the Committee present: Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

In attendance: From the Library of Parliament: Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

The Committee resumed consideration of its Orders of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse in Canada.

The Committee resumed consideration of a draft report to the House of Commons.

By unanimous consent, it was agreed, — That the Committee authorize the expenditure of funds from the Committee budget to pay the costs incurred for the preparation of graphs and of a distinctive cover for use in the printing of the Committee's First Report to the House.

By unanimous consent, it was agreed, — That the Committee print 5,000 copies of its First Report to the House in tumble bilingual format with a distinctive cover.

By unanimous consent, it was agreed, — That the title for the Committee's First Report to the House shall be: "Booze, Pills and Dope — Reducing Substance Abuse in Canada".

By unanimous consent, it was agreed, — That the Committee authorize the expenditure of funds necessary for engaging the services of an editor for the First Report to the House.

By unanimous consent, it was agreed, — That the draft report, as amended, be adopted as the Committee's First Report to the House and that the Chairman be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the report and that the Chairman be instructed to present the said report to the House.

By unanimous consent, it was agreed, — That pursuant to Standing Order 99(2) the Committee request that the Government table a comprehensive response to its First Report.

At 5:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell
Clerk of the Committee

Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité poursuit l'examen de son projet de rapport à la Chambre des communes.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité donne les autorisations nécessaires pour que les dépenses entraînées par la préparation des graphiques et de la couverture spéciale en vue de l'impression du premier rapport du Comité à la Chambre des communes soient couvertes par le budget du Comité.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 5 000 exemplaires de son premier rapport à la Chambre des communes dans une édition bilingue, dos à dos, et sous couverture spéciale.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le titre du premier rapport du Comité à la Chambre des communes soit : « Boisson, pilules et drogue » : comment en diminuer la consommation au Canada ».

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité donne les autorisations nécessaires pour que les dépenses entraînées par l'engagement d'un éditeur du texte du premier rapport soient couvertes par le budget du Comité.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le projet de rapport, ainsi modifié, soit adopté et considéré comme le premier rapport du Comité à la Chambre des communes, que le président soit autorisé à y apporter les changements nécessaires d'ordre typographique et de présentation sans en modifier le fond, et qu'il soit prié de présenter ledit rapport à la Chambre des communes.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que, conformément au paragraphe 99(2) du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à son premier rapport.

À 17h10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Patricia Russell
Greffier du Comité

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité poursuit l'examen de son projet de rapport.

À 13h00, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

MARDI LE 1^{er} SEPTEMBRE 1987
(41)

Le Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 9h14 dans la pièce 306, Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Coppins, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Également présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité poursuit l'examen de son projet de rapport à la Chambre des communes.

À 12h47, la séance est suspendue.

À 15h40, le Comité reprend ses travaux.

À 16h24, la séance est suspendue.

À 17h00, le Comité reprend ses travaux.

À 17h55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

JEUDI LE 17 SEPTEMBRE 1987
(42)

Le Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 15h27, dans la pièce 371, Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Coppins, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Également présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministre de la

PROCÈS-VERBAUX

MARDI LE 4 AOÛT, 1987

(39)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 9h10 à la maison O'Brien, Iac Meech, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Autre député présent: Gilles Grondin.

Egalement présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité passe à l'examen de son projet de rapport.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité donne les autorisations nécessaires pour que les frais de la session de travail de deux jours tenue au Iac Meech soient convertis par le budget du Comité.

À 12h00, la séance est suspendue.

À 13h30, le Comité reprend ses travaux.

À 17h30, la séance est suspendue.

À 18h30, le Comité reprend ses travaux.

À 20h30, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

MERCREDI LE 5 AOÛT 1987
(40)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 9h00 à la maison O'Brien, Iac Meech, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Egalement présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

En conformité du paragraphe 99(2) du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer un réponse globale à ce rapport dans les cent-cinquante (150) jours.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinent du Comité permanent de la Santé Nationale et du Bien-être Social (*Fascicule N° 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 et 27 de la deuxième session, trente-troisième législature, qui inclut le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,
Bruce Halliday, député

APPENDICE «B» AUTRES REPRÉSENTATIONS PRÉSENTÉES AU COMITÉ

Brawner, Patricia

Cartier Manor

Drug Education Coordinating Council

Lévêsque, Denis

Stonehenge Institute

26	Le mardi 23 juin 1987	<p>Louise Mayo, Directrice exécutive</p> <p>Poundmakers Lodge</p> <p>Pat Shirt, Directeur exécutif</p> <p>Union of Ontario Indians</p> <p>R.K. (Joe) Miskokomon Chef du grand conseil de la nation Anishinabek</p> <p>University of Western Ontario</p> <p>Professeur Robert Solomon Faculté de droit</p>
27	Le lundi 29 juin 1987	<p>Ministère de la Justice</p> <p>Richard G. Mosley, Avocat général Section de la politique et de la modification du droit en matière pénale</p> <p>Ministère du Solliciteur général</p> <p>Kim Johnston Conseillère en politique Politique et programmes de GRC</p>

British Columbia Telephone Company
 Doug Hockey, Directeur du
 programme
 Aide aux employés(es)
 Unité de pratique familiale de
 l'Université de Colombie-
 Britannique
 Dr. Peter Grantham
 Nechi Institute on Alcohol and Drug
 Education
 Maggie Hodgson, Directrice exécutive
 Alcohol and Drug Association of
 Alberta
 Douglas H. Russell, Directeur
 Alberta Alcohol and Drug Abuse
 Commission
 Dr. Stewart Clark
 Consultant en matière de
 pharmacologie médicale
 Federation of Saskatchewan Indian
 Nations
 Chef Paul Poitras, Président
*National Native Alcohol and Drug
 Abuse Program*
 Chef Melvin Isnana
 Poundmakers Lodge
 Pat Shiri, Directeur exécutif
 Ministère de la Santé nationale et du
 Bien-être social
 J.D. Nicholson, Sous-ministre adjoint
 Services médicaux
 Richard Jock
 Directeur du programme national de
 lutte contre l'abus de l'alcool et des
 drogues chez les autochtones

24 Le jeudi 4 juin 1987
 25 Le lundi 22 juin 1987

Dr. Douglas Graham
Ministère de la Santé de la Colombie-
Britannique
David Gilbert
Alcohol and Drugs Programs

Le mercredi 3 juin 1987

23

Kaiser Substance Abuse Foundation
Ross Ramsey, Président

Alternatives Program for the
Prevention of Chemical
Dependencies

Alan A.W. Podsadowski
Directeur exécutif

Alkali Lake Reserve

Anastasia Nelson
Conseillère en matière d'alcool et de
stupéfiants

National Native Alcohol and Drug
Abuse Program (NNADAP)

Phil Hall, Président
Conseil national et régional

Horizon Institute

Jon-Lee Koontekoff
Président et directeur

À titre individuel

Reta Felling

Ministère de la Santé de la Colombie-
Britannique

Dr. Carl Stroh, Directeur général
Programmes relatifs à l'alcool et aux
stupéfiants

Alcohol-Drug Education Service

Art Steinmann, Directeur exécutif

Colin Mangham, Directeur du
programme

Douglas E. Richardson, Surintendant
Agent chargé des opérations

Victoria Life Enrichment Society

Dr. C.H. Aharan, Directeur

**Task Force on Alcohol and Drug
Abuse in the Workplace**

James M. Ryan, Président

Dr. Douglas Graham, m.d.
Conseiller technique

Images UnLtd.

Ludmyla Glover
Conseillère en matière d'évolution
personnelle

Justis Chase

Conseiller en matière d'évolution
personnelle

À titre individuel

Donald W. Munro
Ancien député

**Breakthrough Productions et de la
Society for Exploring Television
with Children and Youth (ETC)**

Joy Simons, Directrice

Hilary Jones-Farrow, Directrice

Evan Adams, Délégué des jeunes
Daniella Sorentino, Déléguée des
jeunes

**Drug and Alcohol Rehabilitation
Society of Greater Victoria**

Dr. Ken Thornton, Membre du conseil
John Cantelon, Administrateur

Dr. Maureen Piercey, Consultante

British Columbia Medical

Association

Dr. Allan G. Clews, Président
Committee on Substance Abuse

<p>Ontario Secondary Schools Principals Council</p> <p>George W. Peck, Président <i>Drug Education Committee</i></p> <p>People to Reduce Impaired Driving Everywhere</p> <p>John Bates, Président</p> <p>Canadian Institute for Guardianship</p> <p>Dr. D.V. Anderson</p> <p>Ontario Federation of Home and School Association</p> <p>Norma McGuire, Présidente <i>Substance Abuse</i></p> <p>Central Toronto Youth Services</p> <p>Grant Lowery, Directeur exécutif</p>	21	<p>Le lundi 25 mai 1987</p> <p>Native Council of Canada</p> <p>Christopher McCormick, Vice-président</p> <p>Gail Graham</p> <p>Deuxième vice-présidente du <i>Native Council of Canada</i></p> <p>Ile-du-Prince-Edouard</p> <p>Bob Groves, Conseiller spécial</p> <p>À titre individuel</p> <p>Dr. Donald Morison Smith</p> <p>Ancien président</p> <p>Commission des stupéfiants (Nations Unies)</p>	22	<p>Le mardi 2 juin 1987</p> <p>À titre individuel</p> <p>John Jansen</p> <p>Membre de l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique</p> <p>Président du <i>Liquor Policy Review Committee</i> de la Colombie-Britannique</p> <p>Victoria Police Department</p> <p>William Snowden, Chef de police</p>
--	----	---	----	--

Garth Martin, Chef <i>Sociobehavioural Treatment Services</i>	
Bruce Cunningham Programme d'aide aux employés	
Dr. Donald Meeks, Formation	
Dr. Michael Goodstadt, Chef <i>Education Research Division</i>	
Henry Schanckula, Directeur Division des ressources pédagogiques	
Council on Drug Abuse	
Fred Burford, Président	
Michael Harrison Vice-président exécutif	
Conseil scolaire d'Ottawa	
Don Smyth Conseiller en matière d'usage abusif d'alcool et de stupéfiants	
Alcohol and Drug Concerns Inc.	Le vendredi 22 mai 1987
Alan Staig, Président <i>Social Action and Legislative Committee</i>	
Karl N. Burden, Directeur exécutif	
Toc Alpha	
Michael DeGagné Coordonnateur pour la jeunesse	
Parents Against Drugs	
Joan Gitelman, Directrice exécutive	
Walter Cebrynsky, Président	
John Garcia, Membre du conseil	
Ontario Association of Chiefs of Police	
Surintendant Seftin H. Ginther Agent préposé <i>Drug Enforcement Branch, Toronto</i>	

14	Le jeudi 2 avril 1987	Rideauwood Institute Paul Welsh, Directeur exécutif Sam Waldner, Conseiller professionnel Maison Fraternité Jocelyne Robertson, Chef d'équipe Georges Morin, Directeur
15	Le lundi 6 avril 1987	Pavillon Jellinek Guy Charpentier, Directeur général Denise Couture Chef du programme Enfance-jeunesse Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes Josephine V. MacFadden Coordonnatrice intérimaire Anthony J. Sullivan Conseiller et représentant des jeunes Miles Romain, Représentant des jeunes Veronica Belle Représentante des jeunes
16	Le lundi 27 avril 1987	Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social L'honorable Jake Epp Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
19	Le jeudi 21 mai 1987	Addiction Research Foundation Dr. Joan Marshmann, Directrice William Becks Conseiller en matière de traitement Division des services communautaires

10	Le mardi 10 mars 1987	CanCare Canada	Peter A. Lea, Président Bill Grahame, Vice-président Institut Rideauwood	Paul Welsh, Directeur exécutif
11	Le mardi 17 mars 1987	Association canadienne des chefs de police	D.N. Cassidy, Directeur exécutif R.T. Stampler, Vice-président Comité de l'abus des drogues Jacques Duchesneau, directeur Communauté urbaine de Montréal Lawrence Hovey, Sergeant d'état-major <i>Metropolitan Toronto Police</i>	Conseil de l'abus des drogues Norman Panzica Expert-conseil principal Conseiller indépendant, Toronto
12	Le jeudi 19 mars 1987	Nova Scotia Commission on Drug Dependency	Marvin Burke, Directeur exécutif Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission Greg Stevens, Président Brian Kearns, Directeur exécutif Services de programmes	
13	Le mardi 24 mars 1987	Alcohol and Drugs Program of British Columbia	David Gilbert	Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick Joseph E. McIntyre, Directeur exécutif

Ministère de Revenu Canada, douanes et accise	W.C. McKissock, Chef, Stupéfiants Division des renseignements et de la répression de la contrebande	7	Le lundi 16 février 1987	Gendarmerie Royale du Canada Sergeant Michel Pelletier Programme de sensibilisation et d'éducation sur les drogues Montréal (Québec) Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission Howard Greenstein, Directeur exécutif	8	Le jeudi 5 mars 1987	Université de Toronto Dr. H. Kalant Département de la pharmacologie Faculté de médecine Addiction Research Foundation Dr. R.G. Smart, Directeur Etudes de la prévention	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Dr. Peter Glynn, Sous-ministre adjoint Services de la santé et promotion de la santé	9	Le lundi 9 mars 1987	Lavada Pinder Directrice générale interimaire Promotion de la santé Dr. Irving Rootman Directeur interimaire Division des ressources des programmes Promotion de la santé Ron Dykeman, Analyste de politiques Protection de la santé
---	--	---	--------------------------	--	---	----------------------	---	---	---	----------------------	--

APPENDICE «A» TÉMOINS ET MÉMOIRES

N° de	fascicule	Date	Organisations et témoins
-------	-----------	------	--------------------------

3		Le jeudi 11 décembre 1986	Université de Carleton Dr. M. Parkes Directeur de la recherche Centre de recherche et du développement des ressources Peter Appleton Directeur de l'administration Centre de recherche et du développement des ressources Dr. A. Sweeney, Associé de recherche Centre de recherche et du développement des ressources
---	--	---------------------------	--

3		Le jeudi 22 janvier 1987	Gendarmerie Royale du Canada Surintendant principal R.T. Stamler Directeur, Application des drogues Donald H. Heaton, Commissaire adjoint Commandant divisionnaire, Division «F»
---	--	--------------------------	--

4		Le lundi 26 janvier 1987	Meadow Creek Addiction Treatment Centre (L'hôpital Royal d'Ottawa) Dr. Allen Wilson, Directeur Dr. Douglas Tate Coordonnateur du programme
---	--	--------------------------	---

6		Le jeudi 5 février 1987	À titre individuel Norman Panzica, Conseiller indépendant Toronto (Ontario)
---	--	-------------------------	--

Stratégie nationale de lutte contre la drogue — Il s'agit d'une série de mesures récemment annoncées par le gouvernement du Canada visant à réduire la consommation de drogues. En vertu de cette stratégie, le gouvernement fédéral consacrerait 210 millions de dollars en cinq ans à la lutte contre les drogues.

Substances psychotropes — Les substances psychotropes sont des drogues qui agissent sur l'esprit et les sens. Elle comprennent divers stimulants, dépressants et hallucinogènes.

Toxicomanie — Certaines personnes donnent au terme «toxicomanie» une connotation péjorative qui sous-entend une faiblesse morale. Dans le sens que lui donnent les spécialistes de toxicomanies et de l'alcoolisme, ce terme signifie la consommation de drogues accompagnée d'une dépendance physiologique. On parle généralement de toxicomanie lorsque la personne souffre d'une accoutumance (elle a besoin de prendre des doses croissantes de la substance qu'elle consomme pour obtenir le même effet) et qu'elle éprouve des troubles physiologiques lorsqu'elle est sevrée. En raison de la connotation morale du terme «toxicomanie», l'Organisation mondiale de la santé recommande l'emploi du terme «dépendance».

Tranquillisants — Les tranquillisants sont des dépressants du système nerveux central qui peuvent être absorbés par voie intraveineuse ou par voie orale. Ce sont les médicaments les plus souvent prescrits au Canada. Ces drogues «anxiolytiques» peuvent occasionner des abus. Leur consommation provoque un sentiment de détente et de bien-être. Même à doses normales, ces drogues peuvent affecter les sens et les facultés intellectuelles. Ceux qui en consomment de façon chronique risquent la dépendance.

néfastes d'une affection. Les programmes scolaires de lutte contre l'abus des drogues sont un type de prévention primaire. Les programmes visant à aider les drogués à se servir appartiennent à la prévention secondaire. Les programmes de désintoxication des alcooliques chroniques font partie de la prévention dite tertiaire. Dans ce rapport, par «prévention», on entend généralement la prévention primaire.

Programme à frais partagés — L'expression «programme à frais partagés» signifie un programme de financement fédéral dans lequel 50 p. 100 des frais admissibles des activités des provinces sont assumés par le gouvernement fédéral.

Programme d'aide aux employés — Les programmes d'aide aux employés comprennent l'élaboration de directives écrites conçues pour venir en aide aux travailleurs qui ont des problèmes de drogue et d'autres problèmes personnels. De plus en plus, ces programmes sont administrés conjointement par le patronat et les syndicats. Ils aident à diriger les travailleurs vers les services de traitement et de réadaptation dont ils ont besoin.

Programme de réadaptation professionnelle des personnes handicapées — Il s'agit d'un programme fédéral en vertu duquel le gouvernement fédéral aide les provinces à financer des programmes destinés aux handicapés. C'est un programme à frais partagés. En 1987-1988, le gouvernement fédéral consacra 95 millions de dollars aux programmes provinciaux. Sur cette somme, 20 millions de dollars serviront à financer des programmes concernant l'abus de l'alcool et des drogues.

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) — Ce programme est administré par Santé et Bien-être social Canada. Il sert à financer des programmes de lutte contre la consommation abusive de substances dangereuses à l'intention des Inuit et des Indiens inscrits qui vivent dans les réserves. Les dépenses du programme s'élèveront à environ 52 millions de dollars en 1987-1988.

Psychotrope — Voir Substances psychotropes.

Réduction de la demande — Les stratégies de réduction de la demande visent à diminuer le désir de consommer des drogues. Elles englobent notamment la prévention et le traitement des consommateurs de drogues.

Réduction de l'offre — Il s'agit des stratégies qui visent à réduire l'approvisionnement de drogues. Celles-ci comprennent la détection des drogues illicites, l'interdiction des drogues et l'application des lois sur la répression de la drogue.

Régime d'assistance publique du Canada — Le Régime d'assistance publique du Canada est un programme fédéral d'aide et de services sociaux. Les frais de ce programme sont partagés avec les provinces. En vertu du Régime, le gouvernement fédéral accordera plus de 4 milliards de dollars à 2,5 millions de Canadiens nécessitant pour financer des programmes de lutte contre l'abus de l'alcool.

Solvants — Les solvants sont des composés chimiques utilisés dans des produits d'usage commercial ou ménager. Ce sont des produits chimiques extrêmement volatils. Ils sont présents par exemple dans les dissolvants, les colles et l'essence dont on respire les vapeurs qui provoquent des étourdissements et un sentiment d'euphorie et d'excitation. Les solvants peuvent aussi entraîner désorientation, syncopes et crises cérébrales.

Consommation abusive de drogues — Il n'existe aucune définition unique faisant l'unanimité de ce que l'on entend par consommation abusive de drogues. On peut dire qu'il y a abus lorsque la consommation de la drogue résulte d'une dépendance psychique ou physiologique, qu'elle nuit à la santé ou qu'elle entraîne des troubles sociaux ou psychiques.

Consommation abusive de substances dangereuses — Il s'agit de la consommation abusive de toutes les substances psychotropes, notamment de l'alcool, des solvants, des médicaments vendus sur ordonnance et des médicaments en vente libre. Comme dans le cas de l'expression «consommation abusive de drogues», il n'existe pas de définition qui fasse l'unanimité. On peut considérer qu'il y a abus lorsque la consommation résulte d'une dépendance physiologique ou psychique, qu'elle nuit à la santé et qu'elle cause des troubles sociaux ou psychiques.

Dépistage des toxicomanes — Par dépistage des toxicomanes on entend généralement l'exécution d'analyses d'échantillons d'urine pour y détecter la présence de drogues illicites. Cette procédure suscite une controverse politique car certains groupes prônent l'imposition de tests de dépistage obligatoires à tous les travailleurs pour dépister et réprimer la consommation de drogues illicites.

Enquête transversale — Enquête qui produit des données du moment. On parle aussi d'enquête ponctuelle. Une enquête qui produit des données sur plus d'un point dans le temps est appelée «enquête longitudinale».

Épidémiologie — L'épidémiologie est l'étude de la fréquence, de la distribution et des causes des maladies dans les populations humaines.

Évaluation des programmes — C'est l'application des méthodes des sciences sociales aux programmes sociaux et aux programmes de santé de façon à en surveiller les activités et à en identifier les résultats, à analyser les coûts et les avantages relatifs de programmes ou de types de services concurrents et à faire d'autres études visant à mieux connaître les effets des programmes.

Héroïne — L'héroïne est l'un des stupéfiants. C'est un dépresseur du système nerveux central. Elle a un effet analgésique, mais on la consomme pour son action euphorisante. L'héroïne est généralement injectée, mais elle peut également être prise ou absorbée par voie orale. Cette drogue peut produire des symptômes de sevrage. Elle n'est pas très répandue au Canada.

Inuit — Les Inuit sont l'un des peuples autochtones d'Amérique du Nord. Ils ont été l'un des premiers groupes établis dans le Grand Nord. À une époque, les colons européens les appelaient «esquimaux», ce qui déplaçait aux Inuit.

Médicaments vendus sur ordonnance — Tous les médicaments pour lesquels il faut une ordonnance écrite d'un médecin autorisé.

Métis — Les Métis sont des sangs mêlés descendants d'Indiens d'Amérique du Nord et d'Européens.

Prévention — Dans le domaine de la santé, la prévention peut être dite «primaire», «secondaire» ou «tertiaire». Par prévention primaire on entend les mesures prises avant même qu'un problème ne se déclare. Les interventions suivant l'apparition de symptômes font partie de la prévention secondaire. Enfin, la prévention tertiaire englobe les mesures de traitement et de réadaptation visant à minimiser les effets

GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS DANS LE RAPPORT

Alcool (éthanol) — Même si pour beaucoup de gens, les boissons alcooliques ne sont pas une drogue, l'alcool est un sédatif. L'alcool est la drogue la plus répandue et celle dont on abuse le plus au Canada. Il produit sur le système nerveux central des effets analogues à ceux des autres sédatifs.

Alcoolémie — L'alcoolémie est la concentration ou le taux d'alcool dans l'organisme. Généralement, lorsque les policiers soupçonnent une personne de conduire en état d'ébriété, ils vérifient l'alcoolémie au moyen d'un alcootest. Cet appareil mesure l'alcool dans l'haléine et donne un indice de l'alcoolémie. Au Canada, il est illégal de conduire avec un taux d'alcool dans le sang de plus de 0,08 gramme pour 100 millilitres.

Alcootest — Voir Alcoolémie.

Année-personne — Une année-personne est une unité de mesure de ressources humaines. Elle représente l'emploi d'une personne pendant une année complète ou son équivalent, par exemple, de deux personnes pendant six mois chacune.

Attrail du toxicomane — Ce sont les objets qui servent à faciliter ou à permettre la consommation des drogues illicites. Ces articles ont presque toujours aussi un usage légitime. Il peut s'agir par exemple des balances pour poser les drogues, de pipes pour fumer le hachisch, de glaces et de lames de rasoir pour prendre de la cocaïne.

Autochtones — Par autochtones, on entend les autochtones de l'Amérique du Nord. Il s'agit des Indiens, des Métis et des Inuit.

Cannabis — Le cannabis est une plante produisant une substance psychotrope. L'ingrédient actif du cannabis est appelé «tétrahydrocannabinol» ou «THC». La marijuana est un mélange de feuilles desséchées du cannabis. Le hachisch est la résine séchée produite à partir des feuilles. Le cannabis sous toutes ses formes a un effet euphorisant de courte durée. À fortes doses, la drogue peut produire des aberrations sensorielles, une désorganisation de la pensée et des hallucinations.

Cocaïne — La cocaïne est extraite des feuilles d'un arbuste d'Amérique du Sud, le coca. Cette drogue est un puissant stimulant du système nerveux central. Au Canada, la cocaïne est généralement prise, mais le «crack», qui est un dérivé de la cocaïne, est habituellement fumé. La cocaïne peut aussi être injectée. Outre ses effets stimulants, la cocaïne a souvent un effet euphorisant. Elle stimule le rythme cardiaque et le rythme respiratoire, augmente la pression sanguine, réduit l'appétit et cause l'insomnie. Elle peut entraîner une dépendance psychique. Certaines morts subites ont été attribuées à la cocaïne.

Conseil consultatif national des autochtones — Ce groupe agit à titre d'organe consultatif pour le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones et auprès du ministre de la Santé.

Consommation abusive d'alcool — Comme c'est le cas pour les autres formes de consommation abusive de drogues, il n'existe pas de définition claire de ce qui constitue une consommation abusive d'alcool. On considère généralement qu'il y a abus lorsque la consommation d'alcool résulte d'une dépendance physiologique ou psychique et qu'elle entraîne des troubles physiologiques, sociaux ou psychiques.

26. Le Comité permanent recommande d'effectuer une évaluation des activités et des répercussions de tous les nouveaux programmes de prévention, de traitement et de réadaptation qui concernent l'abus des substances dangereuses et qui sont financés au moins en partie par le gouvernement fédéral.

27. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de donner une formation sur l'évaluation des programmes aux organismes socio-éducatifs dont il subventionne les programmes.

Le Centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuse

28. Le Comité permanent recommande au gouvernement du Canada de prolonger les crédits annoncés au titre de la « Perspective nationale sur l'abus des drogues » pour couvrir les cinq années de son engagement initial à l'égard de la stratégie nationale de lutte contre la drogue.

29. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la création d'un centre national de lutte contre l'abus des substance dangereuses. Ce centre national, dont l'administration serait assurée par des représentants du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux, du secteur privé, des milieux syndicaux et des associations bénévoles, serait chargé :

i) d'effectuer des travaux de recherche fondamentale et appliquée sur l'abus des substances dangereuses et de favoriser les efforts en ce sens;

ii) de diffuser de l'information sur l'abus des substances dangereuses;

iii) d'entreprendre des activités visant à sensibiliser le public et à prévenir l'abus des substances dangereuses;

iv) de favoriser l'application des nouvelles connaissances acquises dans le domaine aux fins des programmes cliniques, des programmes de prévention et des travaux de recherche.

30. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses constitue une base de données nationale sur la consommation abusive de ces substances, où seraient notamment consignés les résultats d'enquêtes nationales systématiques auprès des ménages et dans les écoles.

31. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses établisse un mécanisme pour assurer la diffusion d'informations nationales et internationales sur l'abus de l'alcool et d'autres substances dangereuses.

18. Le Comité permanent recommande d'offrir les programmes d'aide aux employés, aux membres de la famille immédiate des employés du gouvernement fédéral qui, à cause de leur emploi, déménagent fréquemment ou vivent dans des localités isolées.

L'alcool

19. Le Comité permanent recommande au gouvernement fédéral de maintenir les taxes sur les boissons alcooliques à un niveau suffisant pour que le prix de l'alcool ne diminue pas par rapport aux revenus réels des particuliers.

20. Le Comité permanent recommande au Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications (CRTC) d'obliger les producteurs de boissons alcooliques à consacrer au moins 15 p. 100 de la valeur totale de leurs publicités sur l'alcool à des messages d'information sur les dangers d'une consommation excessive d'alcool.

21. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de veiller à ce que des vignettes de mise en garde soient apposées sur toutes les boissons alcooliques.

La réduction de l'offre

22. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de déposer un projet de loi obligeant les institutions financières présentes au Canada à divulguer au gouvernement fédéral toutes les transactions en espèces d'au moins 10 000 \$ effectuées en dollars canadiens ou en devises, étant entendu que ces institutions devront établir les relevés bancaires destinés à cette fin d'une façon décrite dans les règlements de manière à faciliter le dépistage des produits du crime.

23. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de rédiger, en collaboration avec ses homologues provinciaux, une mesure législative ayant pour but la fermeture des entreprises commerciales dont la principale activité est la vente d'articles pour toxicomanes et de documents qui expliquent comment s'en servir ou qui incitent à consommer des drogues illicites.

24. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de charger un groupe d'experts d'étudier la possibilité de créer des normes nationales applicables à des systèmes de contrôle provinciaux des médicaments psychotropes vendus sur ordonnance, et de présenter des recommandations sur la mise en place de tels systèmes.

La formation professionnelle

25. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de réunir un comité constitué de représentants des associations professionnelles qui s'occupent de la formation des professionnels de la santé. Ce comité, en collaboration avec des spécialistes du problème de l'abus des substances dangereuses, déterminera les améliorations à apporter à la formation des professionnels et recommandera des changements dans les programmes afin qu'on insiste davantage sur le dépistage rapide de l'alcoolisme et de la toxicomanie, sur l'attitude à adopter face à ces problèmes et sur les traitements à prescrire.

ii) d'encourager les autorités policières à se servir des télémandats dans les circonstances appropriées.

Au travail

15. Le Comité permanent recommande que les employeurs ne soumettent pas à des tests de dépistage de drogues tous les candidats à un emploi ou tous leurs employés, ni même une partie de ceux-ci choisis au hasard. C'est uniquement dans des situations exceptionnelles, lorsque la consommation de drogues par des employés constitue un risque réel sur le plan de la sécurité, que le Comité permanent recommande qu'on procède à des tests de dépistage dans les conditions suivantes :

i) il doit exister une raison, c'est-à-dire que l'employé doit avoir donné des signes montrant qu'il avait des facultés affaiblies ou qu'il avait du mal à s'acquitter de son travail;

ii) la méthode de test doit être rigoureuse au point qu'il soit impossible de modifier, volontairement ou non, des éléments de preuve;

iii) les échantillons doivent être prélevés d'une manière qui protège le droit à la vie privée et la dignité de la personne;

iv) tous les résultats de tests positifs doivent être confirmés par la chromatographie des gaz/spectrométrie de masse, ou par d'autres tests tout aussi précis et spécifiques;

v) les tests doivent permettre d'aider le salarié à trouver un traitement adéquat pour son genre de toxicomanie, le cas échéant. Les résultats des tests ne devront pas être utilisés comme éléments de preuve dans des poursuites au criminel;

vi) les résultats des tests positifs et les confirmations devront être remis à un médecin reconnu, lequel aura l'aval de l'employé et de l'employeur. L'employé aura l'occasion de rencontrer le médecin ou de donner son avis sur les résultats positifs du test avant que le médecin ne recommande une ligne de conduite à l'employé et à l'employeur;

vii) le cas échéant, tout test limité de dépistage de la drogue devra aussi servir à mesurer la consommation d'alcool.

16. Le Comité permanent recommande :

i) que la politique proposée dans la recommandation 15 soit mise en application immédiatement par des moyens appropriés pour toutes les personnes employées par le gouvernement fédéral, ses sociétés de la Couronne, ses organismes, conseils et commissions;

ii) que le gouvernement du Canada étudie des mesures législatives visant à limiter et à contrôler le dépistage obligatoire des toxicomanes dans le secteur privé.

17. Le Comité permanent recommande que tous les salariés qui relèvent du gouvernement fédéral puissent participer à des programmes d'aide aux employés et que, dans la mesure du possible, ces programmes soient le fruit d'une collaboration entre les patrons et les travailleurs.

- prévoit une aide à l'intention des Inuit et Indiens inscrits vivant en dehors des réserves;
- ii) que cette aide soit accordée à des groupes communautaires appropriés.
10. Le Comité permanent recommande :
- i) que le Conseil consultatif national des autochtones soit plus représentatif des différents groupes d'autochtones du Canada;
 - ii) que le PNLADA établisse bien clairement, de concert avec ce nouveau Conseil consultatif national des autochtones au mandat élargi, les priorités pour le financement des programmes de lutte contre l'abus des drogues chez les autochtones;
 - iii) que les décisions relatives au financement de projets en répondant à ces nouvelles priorités soient prises conjointement par le PNLADA et le Conseil consultatif national des autochtones.
- La conduite en état d'ébriété*
11. Le Comité permanent recommande au ministre des Transports de faire effectuer une étude sur les rapports entre l'âge à partir duquel la consommation d'alcool est légale et le nombre d'accidents et de victimes de la route.
12. Le Comité permanent recommande aux provinces d'envisager, pour les nouveaux conducteurs, la création d'un système de permis de conduire temporaire en vertu duquel le fait de conduire un véhicule automobile en ayant un niveau d'alcool mesurable dans le sang constituerait une infraction pendant cette période de probation ou pour quiconque n'aurait pas atteint l'âge minimum auquel on est autorisé à boire de l'alcool dans la province.
13. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général du Canada et à ses homologues provinciaux de chercher à mettre en oeuvre ensemble une stratégie nationale de lutte contre la conduite en état d'ébriété. Cette stratégie devrait prévoir :
- i) la multiplication des contrôles routiers afin de repérer les conducteurs en état d'ébriété;
 - ii) l'installation dans tous les véhicules de police d'un alcootest portatif;
 - iii) une peine minimum pour une deuxième condamnation qui refléterait la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété;
 - iv) la sensibilisation du personnel policier à la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété.
14. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général et à ses homologues provinciaux :
- i) de vérifier dans quelle mesure on se sert de «télémandats» pour autoriser une personne qualifiée à faire les prises de sang nécessaires à des personnes qui sont soupçonnées d'avoir conduit en état d'ébriété et qui, à cause de leur ivresse, d'une blessure ou pour une autre raison, sont incapables d'autoriser la prise de sang ou de fournir un échantillon de leur haleine;

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Prévention

1. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de financer des recherches sur les causes de l'abus des drogues au moyen du Programme national de recherche et de développement en matière de santé.
2. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de créer, avec le concours des provinces, un nouveau programme dont les frais seraient partagés à parts égales et qui comporterait des crédits supplémentaires pour la prévention de l'abus des substances dangereuses.
3. Le Comité permanent recommande de mettre à la disposition d'organismes professionnels et socio-éducatifs, par l'intermédiaire des autorités provinciales compétentes, une partie des fonds du programme de prévention envisagé.
4. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de consacrer en priorité aux enfants et aux adolescents les fonds du programme de prévention de l'abus des substances dangereuses.
5. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de négocier avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et avec les autorités provinciales compétentes en vue d'étendre l'utilisation de la ligne d'information sur les drogues et l'alcool de la Fondation.

Les traitements et la réadaptation sociale

6. Le Comité permanent recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social Canada un programme à frais partagés (50-50) doté de crédits Bien-être social entame des discussions avec les provinces en vue de créer à Santé et Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de prévoir des fonds en priorité pour les enfants et les adolescents dans le cadre du programme de traitement des toxicomanes à frais partagés dont la création est envisagée.
7. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de créer, avec le concours des provinces, un nouveau programme dont les frais seraient partagés à parts égales et qui comporterait des crédits supplémentaires pour la prévention de l'abus des substances dangereuses.
8. Le Comité permanent recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social accorde une priorité élevée au financement de programmes de lutte contre la consommation abusive de substances dangereuses chez les Indiens non inscrits dans le nouveau programme à frais partagés qui sera établi à cette fin;

Programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

8. Le Comité permanent recommande :
 - i) que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social accorde une priorité élevée au financement de programmes de lutte contre la consommation abusive de substances dangereuses chez les Indiens non inscrits dans le nouveau programme à frais partagés qui sera établi à cette fin;
 - ii) que tous les fonds prévus en vertu du nouveau programme soient versés aux provinces sous réserve qu'elles répondent aux besoins des Indiens non inscrits de leur territoire.
9. Le Comité permanent recommande :
 - i) que les objectifs du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) soient modifiés de façon qu'il

Pour assurer l'efficacité des méthodes utilisées et l'optimisation des modestes ressources consacrées au traitement et à la prévention, il faudrait pouvoir compter sur une base de données plus complète et à jour. Il est important que les efforts soient orientés de manière à répondre aux besoins et que les résultats obtenus soient largement connus. Le Comité permanent est d'avis que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses pourra jouer un rôle à cet égard en établissant une base de données nationale.

30. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses constitue une base de données nationale sur la consommation abusive de ces substances, où seraient notamment consignés les résultats d'enquêtes nationales systématiques auprès des ménages et dans les écoles.

Des recherches se poursuivent dans toutes les provinces du Canada. Pour que les efforts déployés soient efficaces et prennent une dimension vraiment nationale, il faudrait multiplier les échanges et assurer la communication systématique des résultats. Ainsi, ceux qui envisagent de mettre sur pied des programmes de prévention dans les écoles devraient avoir accès aux résultats les plus récents des recherches faites sur l'efficacité de divers modèles de programmes. De même, les responsables de programmes de traitement qui cherchent à mettre au point des mécanismes d'évaluation devraient être au courant des mécanismes d'évaluation élaborés et mis à l'essai dans le cadre de programmes semblables. Plus il y aura d'échanges, plus les programmes seront efficaces et rentables.

Il est important de faire connaître les résultats des recherches en cours. Ainsi, il faudrait non seulement fournir des rapports présentés sous une forme normalisée, mais aussi procurer sur demande de l'information sur diverses questions de recherche. Le nouveau centre national pourrait notamment être appelé, par son mandat, à jouer un rôle important afin d'assurer aux professionnels de la santé et des services sociaux, aux éducateurs, aux scientifiques, aux responsables de l'élaboration et de l'application de la politique de l'État ainsi qu'aux membres du grand public l'information dont ils ont besoin sur la consommation abusive de substances dangereuses.

31. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses établisse un mécanisme pour assurer la diffusion d'informations nationales et internationales sur l'abus de l'alcool et d'autres substances dangereuses.

efforts de prévention actuels ainsi que les perspectives de succès des approches en cours d'élaboration. Nous ne possédons pas suffisamment d'information sur l'ampleur du phénomène de la dépendance ni sur les caractéristiques de la population touchée. Il nous faut procéder à un examen plus approfondi des méthodes de traitement et accroître les efforts pour assurer aux patients le traitement le mieux adapté à leurs besoins.

Le Comité permanent reconnaît, à la recommandation 1, la nécessité d'approfondir les recherches sur les causes de l'abus des substances dangereuses, mais il existe aussi d'autres aspects du problème qui doivent être étudiés en priorité.

Il est important de connaître l'ampleur des problèmes de dépendance et leur répartition parmi la population de manière à mieux orienter les efforts de prévention et de traitement. En outre, de telles données permettent d'évaluer l'efficacité des approches utilisées. Quand il a voulu examiner l'ampleur du problème, le Comité permanent a constaté qu'une bonne partie des données dont il aurait eu besoin n'existaient pas. Le plus souvent, les données épidémiologiques de base étaient ou bien inexistantes ou bien incomplètes.

S'adressant au Comité, M. Harold Kalant, de la Fondation de recherche sur la toxicomanie, a souligné l'importance de pouvoir s'appuyer sur des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, que l'on ne peut étudier logiquement dans un contexte local, les autorités nationales et internationales responsables — et, dans le contexte de cette audience, le gouvernement fédéral — peuvent jouer un rôle très important s'ils le veulent pour appuyer la recherche à long terme dans les domaines dont a parlé M. Smart. Cette recherche n'aurait pu être faite sans un engagement quelconque en vue de rassembler les données sur plusieurs années et être ainsi en mesure de déterminer les tendances, et de le faire avec des techniques normalisées de façon à pouvoir interpréter et comparer les renseignements recueillis au cours des diverses enquêtes.

Plusieurs provinces s'occupent de recueillir des données épidémiologiques, mais il n'existe aucune méthode généralement reconnue ni aucun intervalle fixe établi à cette fin à l'échelle nationale, et les efforts déployés varient d'une province à l'autre. Par conséquent, on ne dispose que de données incomplètes. Bien qu'il existe des données sur la consommation totale d'alcool, par exemple, on ne saurait dire avec exactitude dans quelle mesure cette consommation varie en fonction de facteurs clés, tels que l'âge. Quant aux drogues illicites, nos connaissances sont encore plus insuffisantes. Bien souvent, les enquêtes sont faites selon des méthodes différentes, ce qui ne favorise guère les recensements ni les comparaisons d'une période à une autre ou d'une région géographique à une autre.

M. Guy Charpentier, directeur général du Pavillon Jellinek, a fait part au Comité d'une enquête réalisée dans les écoles en 1984. Même s'il serait utile de répéter cette enquête afin de vérifier l'évolution des tendances, les coûts occasionnés seraient trop élevés.

La Fondation de recherche sur la toxicomanie effectue régulièrement des enquêtes ponctuelles. Ses enquêtes auprès des ménages, dont la dernière remonte à 1984, visent un échantillon de personnes âgées d'au moins 15 ans. Des enquêtes ponctuelles sont également réalisées tous les deux ans auprès des étudiants du niveau secondaire en Ontario. Cette approche a été adoptée aux États-Unis, où l'on effectue maintenant des enquêtes périodiques auprès des ménages et dans les écoles.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a créé un groupe de travail chargé de voir par quels moyens on pourrait s'assurer que l'expertise et l'expérience acquises dans ce domaine profitent à l'ensemble du Canada et donner un caractère permanent aux efforts pour favoriser la recherche et prévenir l'abus des substances dangereuses. Le Comité permanent s'inquiète du fait que l'on n'ait peut-être pas donné à ce groupe de travail les outils nécessaires pour créer et maintenir un centre national sur la consommation abusive de substances dangereuses. Ainsi, le gouvernement n'a prévu que 1,4 million de dollars pour la Stratégie nationale de lutte contre la drogue au cours des quatre premières années de sa mise en oeuvre et il n'a prévu aucun crédit budgétaire pour la cinquième et dernière année de son engagement initial à cet égard.

La création d'un organisme national n'exige pas forcément l'affectation de sommes importantes, mais elle nécessite par contre un engagement durable de la part du gouvernement du Canada. Le Comité permanent estime que ce dernier doit dès maintenant engager les fonds nécessaires au maintien d'un centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses. S'il indique qu'il cessera de financer la Stratégie nationale de lutte contre la drogue avant même la fin des cinq premières années de son existence, il n'encourage guère les provinces, le secteur privé, les milieux syndicaux et les autres qui pourraient participer aux activités d'un organisme national.

28. Le Comité permanent recommande au gouvernement du Canada de prolonger les crédits annoncés au titre de la «Perspective nationale sur l'abus des drogues» pour couvrir les cinq années de son engagement initial à l'égard de la stratégie nationale de lutte contre la drogue.

29. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la création d'un centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses. Ce centre national, dont l'administration serait assurée par des représentants du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux, du secteur privé, des milieux syndicaux et des associations bénévoles, serait chargé :

- i) d'effectuer des travaux de recherche fondamentale et appliquée sur l'abus des substances dangereuses et de favoriser les efforts en ce sens;
- ii) de diffuser de l'information sur l'abus des substances dangereuses;
- iii) d'entreprendre des activités visant à sensibiliser le public et à prévenir l'abus des substances dangereuses;
- iv) de favoriser l'application des nouvelles connaissances acquises dans le domaine aux fins des programmes cliniques, des programmes de prévention et des travaux de recherche.

Priorités de recherche

De toute évidence, il faut approfondir les connaissances en ce qui concerne l'abus des substances dangereuses. Les témoins que nous avons entendus dans les différentes régions du Canada ont parlé de domaines importants qui devraient faire l'objet de recherches plus poussées. Notre manque de connaissances touche tous les aspects de cette question complexe. Nous n'en savons pas assez sur les causes de la consommation abusive de substances dangereuses. Il nous faut explorer davantage l'efficacité des

CENTRE NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DES SUBSTANCES DANGEREUSES

D'un bout à l'autre du Canada, des progrès ont été réalisés sur le plan des programmes de prévention, des méthodes de traitement et de réadaptation, des techniques d'évaluation et des recherches. Au niveau provincial, ces progrès ont été réalisés par les conseils de la toxicomanie et par les ministères de la Santé, des Services sociaux et de l'Éducation. Dans le secteur privé, on a assisté à une extension des programmes axés sur l'aide aux employés et la promotion de la santé. Dans les universités, les travaux de recherche pure et appliquée ont également permis de réaliser des progrès.

L'expérience, les compétences spécialisées et les connaissances des Canadiens dans ce domaine devraient être considérées comme une ressource nationale. Il est urgent de diffuser les informations les plus complètes possibles et de créer une tribune permanente sur les questions relatives à la consommation abusive de substances dangereuses. Nos efforts à ce chapitre devraient prendre une dimension nationale.

Le Canada possède de nombreux centres très répartis. Ainsi, la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, premier organisme s'occupant de toxicomanie à être désigné par l'Organisation mondiale de la santé comme «centre d'excellence» et comme centre de collaboration pour les recherches sur la dépendance, s'est taillée une réputation mondiale grâce à ses travaux dans les domaines biomédical, social et épidémiologique. Les réalisations du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (mise sur pied de programmes de traitement adaptés aux besoins culturels), les réussites du conseil de l'alcoolisme et de la toxicomanie de l'Alberta (production de matériel destiné à l'éducation du public) et les activités de développement communautaire du conseil de la dépendance de la Nouvelle-Écosse montrent bien l'importance, le caractère innovateur et l'excellence du travail qui se fait à l'échelle nationale.

Le Comité permanent a entendu les représentants des conseils provinciaux de la toxicomanie parler de la nécessité de mettre sur pied un organisme national de lutte contre l'abus des substances dangereuses. Dans une certaine mesure, l'absence d'un tel organisme a amené la Fondation de recherche sur la toxicomanie à jouer un rôle national. Cependant, le Comité sait très bien que la Fondation n'a pas de mandat national ni international. C'est pourquoi la présidente de la Fondation, M^{me} Joan Marshman, a uni sa voix à celle des autres directeurs de conseils provinciaux de la toxicomanie pour exhorter le Comité à envisager la création d'un nouvel organisme national de lutte contre l'abus des substances dangereuses.

Outre qu'il servirait à assurer la liaison entre les provinces et le gouvernement fédéral et à favoriser la collaboration des provinces entre elles, un tel organisme pourrait également, comme l'ont proposé certains témoins, réunir des représentants du secteur privé, des milieux syndicaux et des associations bénévoles.

Pour éviter le double emploi, il faudrait que les ressources qui existent à l'heure actuelle au Canada, que ce soit dans le domaine de la formation professionnelle, de la recherche, de l'évaluation de programmes, de la prévention ou de l'information du public, soient regroupées. Il faudrait faire en sorte que les divers centres de grande réputation puissent servir tous les Canadiens.

L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Plusieurs témoins ont parlé au Comité de la nécessité d'évaluer les programmes. Ainsi, Mme Maggie Hodgson, directrice générale du *Nechi Institute on Alcohol and Drug Education*, a recommandé avec conviction d'accroître les efforts faits pour évaluer les programmes. Dans son propre programme, l'application des recommandations résultant d'une évaluation précédente a permis à l'organisme d'accroître sa productivité de 166 p. 100 tout en diminuant ses coûts de 12 p. 100. Le Comité convient qu'il ne faut pas s'attendre à obtenir néanmoins permettre de mieux comprendre le fonctionnement des programmes et de l'améliorer.

Ces évaluations procureront aux responsables d'un service les renseignements nécessaires pour établir les priorités de façon rationnelle et pour redistribuer les ressources au point les plus efficaces tout en s'efforçant d'utiliser les ressources à meilleur escient.

26. Le Comité recommande d'effectuer une évaluation des activités et des répercussions de tous les nouveaux programmes de prévention, de traitement et de réadaptation qui concernent l'abus des substances dangereuses et qui sont financés au moins en partie par le gouvernement fédéral.

Il faudrait donner aux responsables des programmes l'occasion d'apprendre quels sont les objectifs et les méthodes d'une évaluation. Les programmes donnent de meilleurs résultats lorsqu'ils sont revus en permanence et modifiés selon les besoins. Il faudrait également donner aux responsables des services les moyens de suivre leurs programmes et leurs clients, d'analyser les résultats de leurs efforts et d'évaluer les possibilités de changement des activités. De cette façon, le travail d'évaluation serait plus étroitement lié au fonctionnement quotidien du service.

À propos de la nécessité de donner aux prestataires de services les compétences nécessaires pour faire des évaluations, Mme Hodgson a affirmé qu'il ne suffisait pas d'enseigner les méthodes d'évaluations aux intéressés, car ces derniers doivent également être sensibilisés aux questions locales et au développement socio-éducatif. Il est possible de parvenir à ce résultat si les prestataires de services reçoivent une formation et participent au travail d'évaluation.

27. Le Comité recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de donner une formation sur l'évaluation des programmes aux organismes socio-éducatifs dont il subventionne les programmes.

Le Comité permanent reconnaît la nécessité de donner une formation supplémentaire non seulement aux futurs professionnels de la santé, mais également à ceux qui travaillent déjà dans ce domaine.

25. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de réunir un comité constitué de représentants des associations professionnelles qui s'occupent de la formation des professionnels de la santé. Ce comité, en collaboration avec des spécialistes du problème de l'abus des substances dangereuses, déterminera les améliorations à apporter à la formation des professionnels et recommandera des changements dans les programmes afin qu'on insiste davantage sur le dépistage rapide de l'alcoolisme et de la toxicomanie, sur l'attitude à adopter face à ces problèmes et sur les traitements à prescrire.

LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Les personnes qui abusent de substances dangereuses reçoivent des soins médicaux beaucoup plus souvent que la moyenne des gens. Plusieurs études ont montré que le nombre d'hospitalisations est fortement lié à la consommation excessive d'alcool. Le Dr Ken Thornton, chef du Service de la médecine de laboratoire à la *Greater Victoria Hospital Society*, a communiqué au Comité permanent les résultats d'une «enquête non officielle» menée auprès des patients dans un hôpital de Victoria (Colombie-Britannique) :

[Il a été établi] que plus de 20 p. 100 des adultes hospitalisés souffraient de dépendance à l'alcool et cela a été confirmé, bien sûr, par les écrits des chercheurs. La représentation de ces cas dans les hôpitaux dépasse évidemment toute proportion raisonnable et il en est de même de leur utilisation des services médicaux.

Les employés des services médicaux sont dans une situation privilégiée pour prévenir et traiter les problèmes de drogues. Ils entrent régulièrement en contact avec des alcooliques aux différentes étapes de l'évolution de la maladie. De plus, le Comité permanent a appris que les cabinets de médecins signaient de plus en plus souvent des personnes consommant plusieurs drogues. Des témoins ont parlé plus spécialement de gens qui ont une dépendance à l'alcool et à des médicaments vendus sur ordonnance, notamment à des tranquillisants courants.

Une amélioration de la formation des professionnels de la santé permettrait de régler plusieurs problèmes. Tout d'abord, ces spécialistes ont malheureusement trop souvent tendance à nier l'existence du problème. C'est ce que le Dr Thornton a appelé une «conspiration du silence», en expliquant que les professionnels de la santé, parce qu'ils consomment eux-mêmes de l'alcool, hésitent à voir des alcooliques en certains de leurs patients. Il est donc essentiel qu'ils se rendent compte qu'ils sont en mesure de jouer un rôle dans la prévention et le traitement.

Deuxièmement, il est nécessaire de donner aux professionnels de la santé une formation supplémentaire pour les aider à découvrir assez tôt les problèmes de drogue, puis à les régler. Certains professionnels hésitent à s'attaquer à ces problèmes, soit parce qu'ils ont l'impression qu'une partie d'entre eux sont insolubles, soit à cause d'une intervention technologique insuffisante ou des réactions négatives de certains patients.

Des témoins ont aussi affirmé au Comité qu'il convenait de mieux préparer les médecins à faire des ordonnances, parce qu'ils ont trop tendance à prescrire des médicaments psychotropes.

Malgré l'importance qu'on devrait accorder à l'abus des substances dangereuses dans la pratique de la médecine au Canada, cette question est à peine effleurée dans les différents cycles d'études médicales et dans la formation permanente. Les témoins ne s'entendaient pas tous sur le moment où l'on devrait l'approfondir au cours des études, mais ils reconnaissaient dans l'ensemble la nécessité de le faire.

M. Marvin Burke, directeur général de la *Nova Scotia Commission on Drug Dependency*, est l'un de ceux qui ont abordé la question :

Il convient de former les médecins. Il faut les amener à comprendre ce problème, à comprendre que la collectivité dispose de nombreux services avec qui ils pourraient collaborer. Il est essentiel que ce problème soit abordé non pas dans une faculté de médecine, mais dans toutes les facultés du Canada.

Il importe de concevoir un mécanisme national permettant de protéger la vie privée des patients et de répondre aux besoins des médecins et des pharmaciens. L'information devra être obtenue rapidement et d'une manière qui ne complique pas exagérément la tâche des professionnels de la santé. Enfin, le système de contrôle des ordonnances ne devra pas coûter trop cher.

24. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de charger un groupe d'experts d'étudier la possibilité de créer des normes nationales applicables à des systèmes de contrôle provinciaux des médicaments psychotropes vendus sur ordonnance, et de présenter des recommandations sur la mise en place de tels systèmes.

Il est difficile de légiférer pour interdire carrément les articles utilisés par les toxicomanes, car ceux-ci ont en général d'autres applications, légitimes et sans rapport avec la drogue. Un projet de loi devrait donc avoir pour objet la fermeture des «boutiques spécialisées» et non l'interdiction des articles eux-mêmes. La loi doit être rédigée de manière qu'on puisse s'en prendre aux entreprises qui rendent séduisante la consommation des drogues illicites et qui la facilitent.

23. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de rédiger, en collaboration avec ses homologues provinciaux, une mesure législative ayant pour but la fermeture des entreprises commerciales dont la principale activité est la vente d'articles pour toxicomanes et de documents qui expliquent comment s'en servir ou qui incitent à consommer des drogues illicites.

Les médicaments vendus sur ordonnance

Le Comité permanent a entendu parler de problèmes résultant de l'abus de médicaments vendus sur ordonnance. L'augmentation du nombre de personnes ayant une dépendance à la fois à l'alcool et aux médicaments d'ordonnance a amené des témoins à remettre en question la façon de procéder de certains médecins. Le Comité permanent a appris qu'il était difficile de repérer les patients qui consultent différents médecins afin d'obtenir plusieurs ordonnances pour un même problème médical.

À l'heure actuelle, le Bureau des drogues dangereuses du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social se charge de contrôler les ordonnances de médicaments narcotiques au Canada. Le Comité trouve cependant que les activités de ce service sont beaucoup trop restreintes. Seul un petit nombre de médicaments faisant l'objet d'abus sont soumis à des contrôles. Le Comité permanent juge donc nécessaire d'élaborer un système qui permette de contrôler l'utilisation de tous les médicaments psychotropes vendus sur ordonnance.

Ces contrôles permettront d'obtenir des données précises sur l'ampleur du phénomène, qu'on ne possède pas pour le moment. Nos connaissances épidémiologiques proviennent en grande partie de recherches plutôt que de l'observation de la façon dont les médecins établissent leurs ordonnances. Un mécanisme de contrôle devrait permettre de repérer plus facilement les personnes qui, grâce à des ordonnances multiples, obtiennent des médicaments supplémentaires pour leur usage personnel ou pour les remettre sans autorisation à d'autres personnes. Un tel mécanisme aiderait aussi les académies de médecine et de chirurgie à surveiller le comportement de leurs membres dans ce domaine et à prendre des mesures correctives le cas échéant ou à concevoir des messages d'information qui s'adressent aux personnes voulues.

Le Comité permanent sait qu'il ne sera pas facile d'élaborer un système national de surveillance des médicaments vendus sur ordonnance. À l'heure actuelle le seul système provincial complet de cette nature est celui de la Saskatchewan. Il pourrait servir de modèle. En Alberta, l'Académie de médecine et de chirurgie a créé un dispositif de contrôle plus limité qui touche dix médicaments analgésiques vendus sur ordonnance.

les enquêtes de la police et qui soient faciles à consulter, ni à les garder pendant une période suffisante pour les besoins des policiers.

Plusieurs témoins ont parlé au Comité permanent des résultats obtenus aux États-Unis avec une loi qui oblige les banques à conserver les relevés de toutes les transactions en espèces dépassant 100 \$ et à faire rapport de toutes les transactions en espèces dépassant 10 000 \$. Ce système a permis d'aider la police, les douanes et les tribunaux à découvrir et à saisir les profits du trafic des drogues.

En vertu de la *Loi sur les banques*, les banques canadiennes doivent tenir des relevés des transactions en espèces, mais rien ne les oblige actuellement à signaler les grosses transactions en espèces ou à en faire un relevé.

22. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de déposer un projet de loi obligeant les institutions financières présentes au Canada à divulguer au gouvernement fédéral toutes les transactions en espèces d'au moins 10 000 \$ effectuées en dollars canadiens ou en devises, étant entendu que ces institutions devront établir les relevés bancaires destinés à cette fin d'une façon décrite dans les règlements de manière à faciliter le dépistage des produits du crime.

L'attrail des toxicomanes

Le fait qu'on puisse se procurer facilement et légalement «tout l'attrail» du toxicomane inquiète vivement les porte-parole des organismes policiers et des associations de parents qui s'occupent du problème de la drogue. L'attrail en question comprend le matériel et les produits servant à fabriquer et à consommer des drogues illicites. Les deux groupes précités trouvaient particulièrement regrettable la présence de «boutiques» pour toxicomanes dans de nombreuses villes canadiennes. Ces boutiques sont des entreprises commerciales dont l'activité principale est la vente de l'attrail du toxicomane, ainsi que d'autres articles décrivant son utilisation ou incitant à consommer des drogues illicites. Ces boutiques vendent par exemple des balances pour peser les stupéfiants, le matériel nécessaire pour diluer la cocaïne et d'autres des pipes à hachisch, des capsules vides pouvant être remplies de stupéfiants et d'autres objets destinés à la consommation de drogues illicites.

L'interdiction de ces «boutiques» a été réclamée par les membres de la GRC, de l'Association canadienne des chefs de police, de l'Association des chefs de police de l'Ontario, d'*Alcohol and Drug Concerns Inc.*, de *Parents Against Drug Abuse*, du Conseil des directeurs d'écoles secondaires de l'Ontario, de l'*Ontario Association of Home and School Associations* et de l'organisme *Youth Alcohol and Drug Community Action*. Le message qui est donné aux jeunes, d'après ces associations, est en contradiction flagrante avec l'existence même de ces boutiques. En effet, alors que les éducateurs et les parents incitent les adolescents à ne pas consommer de drogues illicites, la société tolère l'exposition et la vente d'articles pour toxicomanes. Aux yeux de ces témoins, la présence de ces boutiques et les objets qui y sont exposés donnent une image trop séduisante de la drogue et de la toxicomanie.

Voici ce qu'a déclaré à ce sujet au Comité permanent le Commissaire adjoint D. Heaton de la GRC :

À mon avis, si l'on veut vraiment régler le problème de la toxicomanie, c'est bien là qu'il faut commencer. Il est un peu contradictoire de mener des campagnes

maximiser leur efficacité. De plus, la GRC devrait aider davantage les polices provinciales et locales notamment pour l'enseignement des méthodes de détection des drogues et intensifier les enquêtes sur les profits du trafic des drogues.

On sait qu'il existe un lien entre l'usage des drogues, y compris la consommation excessive d'alcool, et les crimes n'ayant pas de liens avec la drogue. Le Service correctionnel du Canada estime que, dans les pénitenciers fédéraux, près de 70 p. 100 des détenus ont de graves problèmes par suite d'un abus de substances dangereuses. Dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, on apprendra au personnel des pénitenciers à déceler les signes d'un abus de substances dangereuses et à aider les détenus à suivre des programmes pour se soigner avant et après leur libération.

Les profits du trafic des drogues illicites

Dans des pays comme le Canada, la demande de drogues a entraîné la création d'un réseau international d'approvisionnement en drogues illicites, qui se charge à la fois de la fabrication de la drogue et de son importation en fraude. Les profits du trafic des drogues sont considérables. Dans un mémoire remis au Comité permanent, le surintendant en chef R. Stamler de la GRC a parlé en ces termes de la rentabilité du trafic international des drogues illicites :

Le trafic des drogues est l'activité criminelle la plus lucrative... Le cultivateur de pavot illicite ne touche que quelques milliers de dollars pour sa récolte annuelle, tandis que les réseaux du crime organisé qui veillent au traitement, au transport et à la vente de l'héroïne empochent des milliards de dollars exempts d'impôt annuellement.

Il existe en droit canadien un principe selon lequel les criminels ne doivent pas profiter de leurs crimes. Il faudrait que ce principe soit appuyé sans restriction par des lois susceptibles d'éliminer le profit du trafic des drogues illicites. D'après le surintendant Stamler, ce n'est pas toujours le cas :

Ceux qui financent ces réseaux et les chefs de ces groupes criminels internationaux courent très peu de risques, car certains ne sont jamais en contact avec la drogue. Dans de telles circonstances, les réseaux de trafiquants ne peuvent que s'épanouir et continuer à satisfaire à la demande de drogues.

Dans l'optique de la nouvelle Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le ministère de la Justice a déposé un projet de loi qui permettrait de saisir les profits du trafic des drogues illicites et qui est conforme aux conseils que différents porte-parole d'organismes policiers ont donnés au Comité permanent. Le Comité permanent financières pourtant que la mesure législative proposée n'oblige pas les institutions financières présentes au Canada à rendre compte des grosses transactions en espèces, qu'elles soient faites en dollars canadiens ou en devises. Une telle disposition n'entraverait nullement les transactions commerciales légitimes; elle ne ferait «qu'attirer l'attention» des policiers et des douaniers sur certaines transactions en espèces.

L'Association des banquiers canadiens a déclaré catégoriquement que les banques canadiennes ne se chargeraient pas «de faire la chasse aux criminels». L'Association a rappelé que les banques avaient le devoir de garder confidentielles les informations fournies par leurs clients, affirmant qu'une banque ne communiquerait des renseignements sur un compte à un organisme policier que si la loi l'y contraignait. Le problème, de l'avis du Comité, c'est qu'on ne pourrait obliger une banque à agir de la sorte s'il n'avait déjà été prouvé que certaines personnes avaient profité d'un crime. En outre, le Comité s'inquiète du fait que rien n'oblige les banques à tenir des dossiers qui facilitent

LA RÉDUCTION DE L'OFFRE

Pour faire diminuer l'abus des substances dangereuses et atténuer ses conséquences, il est certain que nos efforts doivent viser surtout à faire baisser la demande; mais il est également important de continuer de tenter de restreindre l'offre de drogues illicites. Comme on le mentionne dans l'introduction du rapport, des témoins venant d'horizons très divers ont affirmé au Comité qu'il était crucial d'élaborer de nouvelles stratégies de réduction de la demande, plus efficaces, si l'on veut s'attaquer au problème avec des chances de réussite. Cependant, des témoins ont aussi déclaré qu'il fallait multiplier les moyens utilisés pour réduire l'offre, pour appliquer la loi et pour rendre moins lucratif le trafic des drogues illicites.

La consommation de drogues illicites est un problème international qui préoccupe des gens dans le monde entier. C'est pourquoi l'Organisation des Nations Unies a rédigé deux conventions internationales sur les stupéfiants. Le Canada, qui est signataire de la première convention de l'ONU sur les stupéfiants, a annoncé, dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, son intention de signer la deuxième convention de l'ONU sur les drogues psychotropes (1971).

Il s'agit d'un problème international dans le sens où presque toutes les drogues illicites consommées au Canada proviennent de l'étranger. Le trafic de la drogue est dominé par le crime organisé. Les dirigeants des réseaux internationaux de trafic de drogues courent en fait très peu de risques, alors que les profits sont considérables. Afin de tarir les sources d'approvisionnement, la GRC et les Douanes canadiennes collaborent avec les pays producteurs et avec ceux qui servent de plaque tournante pour tenter de saisir les drogues illicites. Il importe de renforcer ces activités.

Les membres de la GRC qui ont témoigné devant le Comité permanent ont expliqué que leur objectif était surtout d'identifier et d'arrêter les gros trafiquants de drogues. Le Comité trouve normal qu'un corps policier national ait comme priorité de lutter contre la criminalité nationale et internationale au plus haut niveau. La lutte à ce niveau est toutefois difficile et nécessite d'importantes ressources policières. Par ailleurs, bien que la GRC s'intéresse avant tout aux gros trafiquants, 65 p. 100 des personnes contre lesquelles elle porte des accusations sont poursuivies pour simple possession de cannabis²⁰. Le Comité estime que la GRC, dans l'utilisation de ses ressources nationales consacrées à la lutte contre le trafic des drogues, doit accorder la priorité absolue aux grands trafiquants internationaux.

Dans le cadre de sa nouvelle Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le gouvernement du Canada a annoncé des mesures destinées à renforcer les moyens mis à la disposition des organismes nationaux chargés de l'application de la loi et des activités antidrogues. La GRC et les Douanes canadiennes ont reçu des années-personnes supplémentaires pour pouvoir obtenir plus facilement des renseignements sur les trafiquants et saisir des drogues illicites.

Au niveau local, c'est en premier lieu aux corps policiers provinciaux et locaux qu'il incombe de faire appliquer la loi. Pour que leur travail soit plus efficace, il faut que ces organismes bénéficient de la collaboration de la GRC et puissent obtenir rapidement les renseignements dont ils ont besoin. Le travail de la police au niveau local doit absolument résulter d'une coordination des efforts. Il convient d'encourager les corps policiers qui travaillent de concert à éliminer ce qui fait double emploi et à

²⁰ Canada, *Rapport annuel national sur les drogues 1985-1986 et Indicateurs de tendances d'ici 1988*, Ottawa, GRC, 1985.

Certains témoins ont réclamé que la publicité sur les boissons alcooliques soit faite aux publicistes de se montrer plus responsables jusqu'à l'interdiction absolue de toutes les formes de publicité sur l'alcool.

Au Canada, le problème de l'abus de l'alcool a été abordé non seulement par le public et par les professionnels, mais aussi par les sociétés productrices elles-mêmes. Les brasseries et les distilleries canadiennes ont en effet participé à des campagnes de publicité sur les dangers d'une consommation excessive d'alcool. Il convient de les en féliciter. Toutefois, les annonces de promotion des boissons alcooliques dépassent de loin celles qui incitent à la modération ou qui encouragent les personnes ayant une tendance à l'alcoolisme à rechercher de l'aide. Les brasseries et les distilleries devraient assumer un plus grand rôle dans la prévention des problèmes liés à l'alcool pour être autorisées à vendre leurs produits au Canada.

M. Howard Greenstein, directeur général de la *Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission*, a appris au Comité que, dans sa province, de nouveaux règlements imposaient un certain nombre de messages d'information sur les dangers de l'alcool dans les médias électroniques, en fonction de la quantité de publicité sur les boissons alcooliques. Les radiodiffuseurs de la Saskatchewan sont tenus de consacrer 15 p. 100 du temps de publicité sur l'alcool à des messages d'intérêt public. Le principe est intéressant, mais le Comité désire s'assurer que c'est la compagnie et non le radiodiffuseur qui assumera les coûts de ces messages d'information publique et que ces derniers seront diffusés à des heures opportunes.

20. Le Comité permanent recommande au Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) d'obliger les producteurs de boissons alcooliques à consacrer au moins 15 p. 100 de la valeur totale de leurs publicités sur l'alcool à des messages d'information sur les dangers d'une consommation excessive d'alcool.

Plusieurs témoins ont préconisé que le gouvernement du Canada rende obligatoire la présence de vignettes de mise en garde sur les bouteilles de boissons alcooliques. Leur argument consiste à dire que, même si la consommation d'alcool est acceptable dans la société, l'alcool est une substance qui peut être dangereuse et que ceux qui en boivent devraient donc être avertis du danger. En présentant cet argument, M. John Bates, président de *People to Reduce Impaired Driving Everywhere*, a rappelé au Comité que «même sur les boîtes de comprimés d'AAS ou de remèdes contre la grippe on doit expliquer comment utiliser le produit sans danger». Ce n'est pas le cas des boissons alcooliques.

D'après lui, les étiquettes des boissons alcooliques devraient comporter une mise en garde au sujet du risque d'accoutumance à l'alcool, des dangers de la conduite en état d'ébriété, des risques pour le fœtus et d'autres conséquences d'une consommation abusive d'alcool.

21. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de veiller à ce que des vignettes de mise en garde soient apposées sur toutes les boissons alcooliques.

dans une société donnée, et cela est important... est proportionnelle au montant du revenu disponible et inversement proportionnelle au prix de l'alcool. En outre, dans une société donnée, le nombre de problèmes liés à l'alcool est proportionnel à la quantité totale d'alcool consommé.

Pour que les prix soient un instrument de politique valable en matière de santé publique, il faut qu'il existe un lien entre l'évolution générale de la consommation d'alcool dans la société, évolution qui semble bien être liée aux fluctuations des prix, et la fréquence des problèmes attribuables à l'alcool. Autrement dit, même si une hausse de prix peut entraîner une diminution globale de la consommation d'alcool dans une société, il faut aussi qu'on puisse constater que cette baisse de consommation atténue les problèmes pour que les prix soient considérés comme un instrument efficace de politique sociale.

Un lien existe entre les prix, la consommation et les problèmes de santé, en particulier la fréquence des cirrhoses du foie. Le lien n'est pas aussi évident pour ce qui est d'autres problèmes médicaux, et il l'est encore moins en ce qui concerne la relation entre les prix, la consommation et d'autres problèmes attribués en partie à l'alcool. D'après un article scientifique écrit récemment par un des témoins, le Dr Reginald Smart, directeur des études sur la prévention à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, les changements notés dans la consommation d'alcool n'étaient pas un indicateur valable de l'évolution de divers problèmes liés à l'alcool dans les trois provinces étudiées par l'auteur¹⁹. Cette constatation n'a cependant pas empêché le Dr Smart de recommander d'augmenter fortement le prix des boissons alcooliques²⁰.

Il semble, d'après les renseignements dont nous disposons, qu'une hausse des prix acceptable n'entraînerait pas nécessairement une réduction équivalente de la consommation globale d'alcool, ni une atténuation correspondante des problèmes liés à l'alcool. Par contre, une diminution des prix ferait augmenter la consommation d'alcool et, en fin de compte, la fréquence des problèmes attribuables à l'alcool.

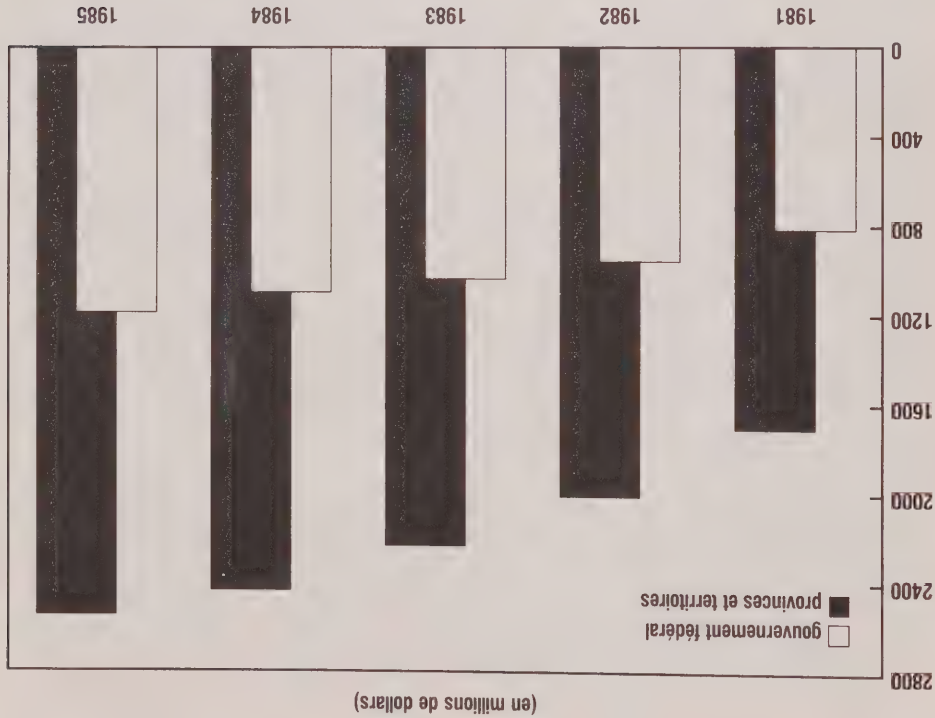
Si l'on veut utiliser de façon raisonnable la fiscalité pour influencer la consommation d'alcool, il faut tenir compte du fait que les Canadiens trouvent normal de boire de l'alcool, du moins modérément. Cela fait partie de notre mode de vie. Par conséquent, des taxes extrêmement élevées seraient jugées inacceptables par bien des Canadiens, sans compter qu'elles risqueraient de toucher surtout les personnes qui ne boivent pas exagérément; si c'était le cas, on n'obtiendrait pas ainsi un effet aussi positif sur la santé et l'on encouragerait la création d'entreprises illégales.

En fin de compte, il ne faut pas diminuer les prix au point d'encourager une consommation d'alcool excessive, ni les porter à des sommets, ce qui serait contraire aux souhaits de l'immense majorité des Canadiens. Les gouvernements doivent prendre des mesures pour promouvoir la santé publique sans pour autant indisposer la population en portant trop atteinte à ses libertés.

19. Le Comité permanent recommande au gouvernement fédéral de maintenir les taxes sur les boissons alcooliques à un niveau suffisant pour que le prix de l'alcool ne diminue pas par rapport aux revenus réels des particuliers.

¹⁹ Smart RG. «Changes in alcohol problems as a result of changing alcohol consumption: a natural experiment», *Drug and alcohol dependence*, 19, 1987, p. 91-97.

Tableau 11
Recettes gouvernementales tirées de l'alcool



Source : Statistiques Canada

d'avantage sur la demande de spiritueux que sur la consommation de bière¹⁷. Par ailleurs, une augmentation des prix ne se traduit pas par une diminution équivalente de la demande. Une augmentation du prix de vente au détail entraîne proportionnellement une plus faible réduction de la consommation¹⁸.

Des témoins ont recommandé d'agir plus fortement sur le levier du prix pour restreindre la consommation. Les recettes visibles que les gouvernements tirent de la vente de l'alcool et des taxes sur les boissons alcoolisées ne représentent en fait qu'une faible proportion de ce que l'abus d'alcool coûte en tout à la société, et notamment au chapitre des services médicaux et sociaux. Ainsi, le Dr Allan Clews, membre du *Substance Abuse Committee* de la *British Columbia Medical Association*, a déclaré au Comité :

L'abus de l'alcool coûte aux habitants de la Colombie-Britannique 5 \$ pour chaque dollar perçu en taxe sur l'alcool. Les gouvernements peuvent réduire la consommation d'alcool tout en défrayant certains coûts sociaux qu'entraîne l'abus de l'alcool en augmentant les taxes sur l'alcool. La quantité d'alcool consommée

¹⁷ Makiela K., et al. *Alcohol, society, and the state: a comparative study of alcohol control*, à Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1981.
¹⁸ Horgan MM, Sparrow MD & Brazeau R. *International survey alcoholic beverage taxation and control policies: Sixth Edition*, Association des brasseurs du Canada, janv. 1986.

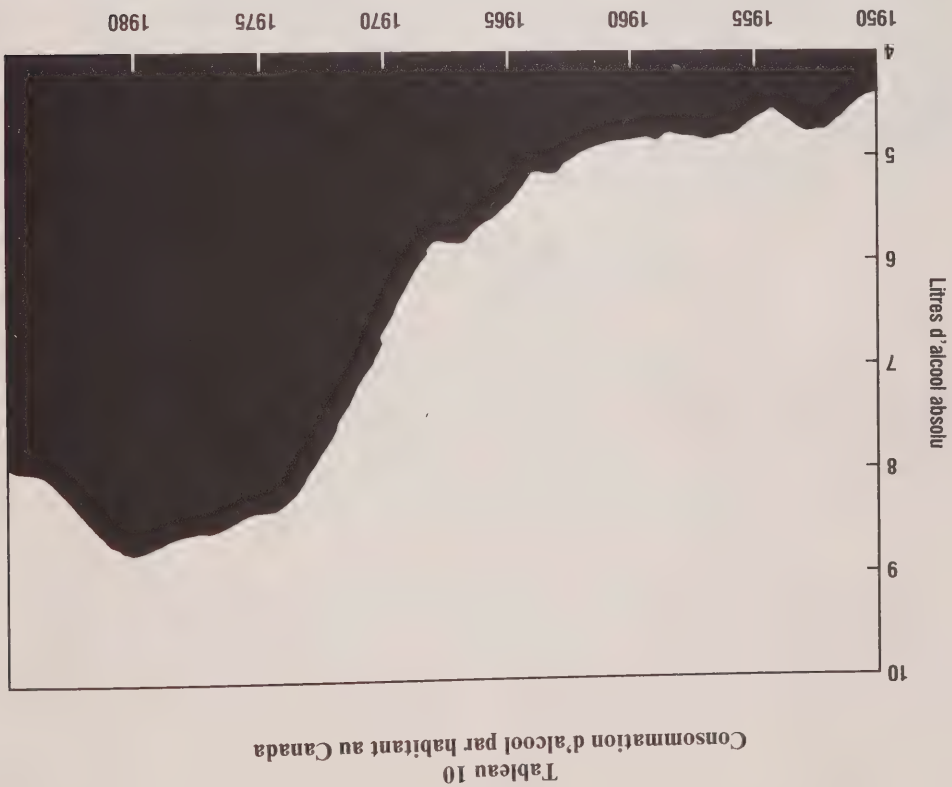
Certains faits viennent confirmer l'existence d'un lien entre la consommation et le prix de l'alcool. Les fluctuations de la demande dépendent de l'évolution des prix, mais cette relation n'est pas parfaite. Par exemple, des changements de prix influenceront

ils sont élevés». «aucun doute que la consommation augmente quand les prix sont bas et diminue quand Ainsi, dès 1929, la Régie des alcools de l'Ontario affirmait dans un rapport qu'il ne fait peuvent leur permettre de diminuer la consommation globale de boissons alcooliques. recettes générales; deuxièmement, ils savent depuis longtemps que les taxes sur l'alcool vente d'alcool. Tout d'abord, c'est ainsi qu'ils se procurent une bonne partie de leurs Il existe deux raisons pour lesquelles les gouvernements contrôlent et taxent la

dollars (voir le tableau 11). gouvernements, les recettes tirées de l'alcool se chiffreront à environ 4 milliards de année au gouvernement du Canada plus de 1,2 milliard de dollars. Pour l'ensemble des gouvernements des recettes considérables. Ainsi, les taxes sur l'alcool rapporteront cette Dans l'ensemble du Canada, la vente de boissons alcooliques procure aux différents

d'environ 90 p. 100 des personnes qui en consomment. Des chercheurs canadiens ont fait état d'une prédisposition génétique possible à l'alcoolisme. Cela ne signifie pas que l'alcoolisme a des causes héréditaires, mais plutôt que certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres dans ce domaine.

SOURCE : Association des brasseurs du Canada

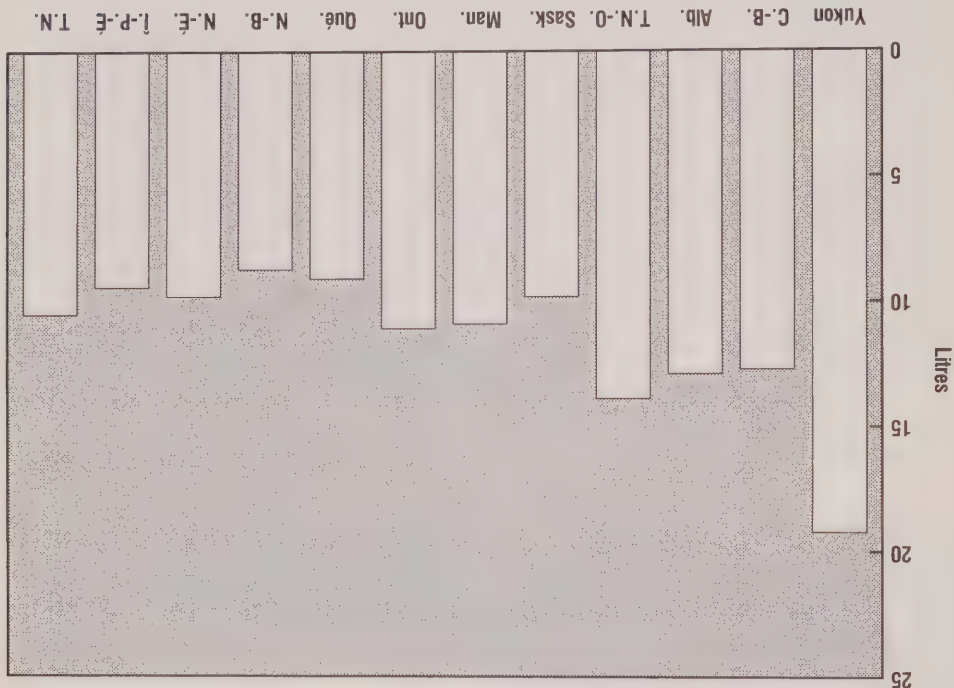


L'ALCOOL

L'alcool occupe une place unique parmi les drogues pouvant faire l'objet d'une consommation abusive. La majorité des Canadiens trouvent normal que des adultes consomment de l'alcool, alors qu'il en va différemment des autres drogues. Plus de 80 p. 100 des Canadiens de plus de 15 ans boivent de l'alcool, et le pourcentage dépasse même 90 p. 100 chez les jeunes adultes. L'alcool est présent dans de nombreuses réunions sociales et c'est un élément du mode de vie de la majorité des gens.

Si l'on se fie à des données de Statistique Canada qui remontent à 1984, les Canadiens consomment chaque année plus de 8 litres d'alcool par personne, ce qui représente environ 11 litres pour chaque canadien de plus de 15 ans. La consommation d'alcool varie d'une province à l'autre, mais on peut dire que dans l'ensemble c'est dans la région de l'Atlantique qu'elle est la plus faible et dans l'Ouest qu'elle est la plus élevée (voir le tableau 9). Après des années d'augmentation régulière, la consommation moyenne d'alcool est en baisse depuis 1980 (voir le tableau 10).

Tableau 9
Consommation d'alcool par habitant
Personnes de 15 ans et plus (1982-1983)



Source : Statistique Canada

Chez la plupart des Canadiens qui se comportent de façon responsable, la consommation de boissons alcooliques n'entraîne pas de problèmes médicaux ou sociaux. Des témoins ont déclaré au Comité que l'alcool ne nuit aucunement à la santé

À la lumière des renseignements obtenus, le Comité permanent estime que les salariés dont le travail se ressent d'un abus de drogues devraient pouvoir profiter d'un programme d'aide aux employés. Le renvoi de l'employé ne devrait être envisagé qu'en dernier ressort, après une participation à un programme d'aide et après une période de suspension non rémunérée, le cas échéant. Le Comité souhaite que les programmes d'aide aux employés se généralisent au Canada et que le gouvernement du Canada fasse en sorte que tous les employés qui relèvent de lui aient accès à des programmes de ce genre.

17. Le Comité permanent recommande que tous les salariés qui relèvent du gouvernement fédéral puissent participer à des programmes d'aide aux employés et que, dans la mesure du possible, ces programmes soient le fruit d'une collaboration entre les patrons et les travailleurs.

Non seulement le gouvernement fédéral devrait permettre à ses employés en difficulté de profiter de programmes d'aide aux employés, mais dans certains cas il devrait aussi rendre ces programmes accessibles aux membres de la famille immédiate. C'est notamment le cas lorsqu'une famille vit à l'écart à cause de l'emploi d'un de ses membres, ou encore quand il est difficile aux membres de la famille immédiate de se tisser un réseau de relations dans la localité à cause de déménagements trop fréquents. Ainsi, la famille des membres des Forces armées canadiennes devrait pouvoir bénéficier des programmes d'aide aux employés.

18. Le Comité permanent recommande d'offrir les programmes d'aide aux employés, aux membres de la famille immédiate des employés du gouvernement fédéral qui, à cause de leur emploi, déménagent fréquemment ou vivent dans des localités isolées.

Le Comité permanent a appris que les programmes d'aide aux employés donnaient dans l'ensemble d'excellents résultats. Ils permettent en effet de diminuer l'absentéisme, les accidents et le coût des soins médicaux. Les employés ont plus fréquemment recours à ces programmes quand ils sont le fruit d'une collaboration entre le patronat et les syndicats et quand les employés peuvent choisir la personne à qui s'adresser pour obtenir les conseils ou le traitement nécessaires.

Le Comité permanent a appris qu'il existe des façons plus positives de réduire l'abus des substances dangereuses au travail. Il y a lieu de se réjouir du développement des programmes d'aide aux employés et de l'esprit de collaboration avec lequel les patrons et les syndicats tentent de venir en aide aux employés perturbés.

Les programmes d'aide aux employés nécessitent la rédaction de lignes directrices afin de définir des règles précises conçues pour aider les travailleurs qui abusent de substances dangereuses. L'objet de ces lignes directrices est de déceler les problèmes rapidement et de donner aux employés les moyens d'obtenir de l'aide en protégeant le caractère confidentiel de leurs démarches. Ces programmes d'aide aux employés, qui sont souvent le résultat d'une collaboration entre les patrons et les syndicats, aident les travailleurs en difficulté à bénéficier des services de traitement et de réadaptation dont ils ont besoin.

16. Le Comité permanent recommande :
- i) que la politique proposée dans la recommandation 15 soit mise en application immédiatement par des moyens appropriés pour toutes les personnes employées par le gouvernement fédéral, ses sociétés de la Couronne, ses organismes, conseils et commissions;
 - ii) que le gouvernement du Canada étudie des mesures législatives visant à limiter et à contrôler le dépistage obligatoire des toxicomanes dans le secteur privé.

Le gouvernement fédéral est un employeur important au Canada. La façon dont il se comporte en tant qu'employeur influe sur la vie de centaines de milliers de Canadiens et sert de modèle à d'autres employeurs. Pour les cinq cent mille et quelques Canadiens qui travaillent dans la Fonction publique fédérale, dans les Forces armées canadiennes, à la GRC et dans nos sociétés de la Couronne, nos commissions et nos organismes, le Comité permanent recommande l'adoption d'une politique qui assurera un juste équilibre entre le bien-être des travailleurs et la nécessité de promouvoir la sécurité au travail.

- vii) le cas échéant, tout test limité de dépistage de la drogue devra aussi servir à mesurer la consommation d'alcool.
- vi) les résultats des tests positifs et les confirmations devront être remis à un médecin reconnu, lequel aura l'aval de l'employé et de l'employeur. L'employé aura l'occasion de rencontrer le médecin ou de donner son avis sur les résultats positifs du test avant que le médecin ne recommande une ligne de conduite à l'employé et à l'employeur;

efficace d'avoir des surveillants et des représentants syndicaux qui soient formés pour reconnaître les signes de la toxicomanie... C'est sur ce front-là qu'il faut travailler, et les tests de dépistage ne seraient alors aucunement nécessaires.

Certains témoins se sont prononcés plutôt pour des tests obligatoires dans certaines circonstances exceptionnelles. Il existe en effet des situations où il en va de la sécurité du public ou des collègues de travail. Dans une série de recommandations sur le dépistage des drogues chez les salariés, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie s'est prononcée contre le dépistage systématique, demandant à la place que l'on soumette à des tests seulement les employés dont le travail est insatisfaisant et dont le comportement au travail pourrait mettre d'autres personnes en danger¹⁶.

Le Comité permanent a étudié en long et en large les aspects techniques et éthiques extrêmement complexes qui entourent la question du dépistage obligatoire des drogues chez les salariés. Le Comité partage dans l'ensemble le point de vue de la Fondation sur le dépistage systématique de la présence de drogue chez les salariés. Cette question concerne *uniquement* la sécurité et la santé publique, et c'est dans cette perspective qu'il faut s'en préoccuper.

Un employeur a le devoir de prendre des précautions pour s'assurer que ses nouveaux employés possèdent les qualités voulues, et en particulier celui de vérifier toute conduite qui pourrait révéler la nécessité de soumettre l'employé à un test de dépistage. Par contre, il n'est ni raisonnable ni acceptable de faire passer ce genre de test à tous les candidats ou à un certain nombre pris au hasard.

15. Le Comité permanent recommande que les employeurs ne soumettent pas à des tests de dépistage des drogues tous les candidats à un emploi ou tous leurs employés, ni même une partie de ceux-ci choisis au hasard. C'est uniquement dans des situations exceptionnelles, lorsque la consommation de drogues par des employés constitue un risque réel sur le plan de la sécurité, que le Comité permanent recommande qu'on procède à des tests de dépistage dans les conditions suivantes :

- i) il doit exister une raison, c'est-à-dire que l'employé doit avoir donné des signes montrant qu'il avait des facultés affaiblies ou qu'il avait du mal à s'acquitter de son travail;
- ii) la méthode de test doit être rigoureuse au point qu'il soit impossible de modifier, volontairement ou non, des éléments de preuve;
- iii) les échantillons doivent être prélevés d'une manière qui protège le droit à la vie privée et la dignité de la personne;
- iv) tous les résultats de tests positifs doivent être confirmés par la chromatographie des gaz/spectrométrie de masse, ou par d'autres tests tout aussi précis et spécifiques;
- v) les tests doivent permettre d'aider le salarié à trouver un traitement adéquat pour son genre de toxicomanie, le cas échéant. Les résultats des tests ne devront pas être utilisés comme éléments de preuve dans des poursuites au criminel;

¹⁶ Fondation de la recherche sur la toxicomanie. *Employee-related drug screening: a public health and safety perspective*, mars 1987.

Plusieurs arguments contre les tests obligatoires ont été exposés au Comité. Dans son mémoire, M. Paul Welsh, directeur général du *Rideauwood Institute*, évoque certains problèmes soulevés par les tests de dépistage de la drogue :

Ces tests ne servent pas à déceler le taux d'alcool qu'il y a dans le sang, l'alcool étant le produit chimique qui cause le plus grand nombre d'accidents, de crimes et de problèmes médicaux, sociaux et professionnels. Un test de dépistage positif ne signifie pas qu'une personne manifeste des signes de dépendance à l'égard d'une drogue. Il se peut qu'il indique tout simplement que la personne a consommé des drogues une fois au cours des quatre à six semaines précédentes. Les tests de dépistage pour les drogues licites mais toxiques sont de peu d'utilité puisque leur consommation est sanctionnée sur le plan médical et légal, même si elles sont potentiellement dangereuses... Les tests de dépistage sont peu fiables, mal vus et fournissent très peu de renseignements utiles, sauf dans quelques cas.

D'autres personnes s'occupant du traitement de toxicomanes se sont également prononcées catégoriquement contre les tests de dépistage.

Le Comité permanent a été fort troublé d'apprendre que les tests pourraient révéler la présence de drogue dans l'urine alors que ce ne serait pas le cas. Le risque d'obtenir des résultats erronés dépend de la méthode utilisée pour l'analyse d'urine.

Pour le dépistage systématique aux États-Unis, certains employeurs utilisent la technique du dosage immunologique. On crée les anticorps de certaines drogues avec des animaux de laboratoire, puis on ajoute ces anticorps aux échantillons d'urine. Si l'urine contient les drogues en question, il se produit une réaction qui peut être mesurée à l'aide d'enzymes. Cette méthode est moins fiable que d'autres. Cependant, comme ces tests coûtent nettement moins cher, les employeurs sont tentés de les utiliser pour le dépistage systématique.

Une méthode plus fiable de dépistage des drogues consiste à utiliser la chromatographie des gaz et la spectrométrie de masse (cg/sm). La chromatographie des gaz permet de séparer les différents éléments, et la spectrométrie de masse mesure le profil caractéristique du produit chimique. Le principal inconvénient de cette méthode, c'est son coût. À l'heure actuelle, un test de dépistage en deux étapes dans lequel seuls les échantillons réagissant positivement au dosage immunologique sont ensuite soumis au cg/sm coûte environ 35 \$ par personne.

Il a été prouvé que les laboratoires des États-Unis qui utilisent, pour des raisons de coût, la technique du dosage immunologique ont un taux d'erreur inacceptable. Les centres de lutte contre la maladie des États-Unis, en collaboration avec le *National Institute on Drug Abuse*, ont effectué des contrôles des laboratoires qui font régulièrement des tests de dépistage de drogue, et ils ont découvert que les résultats erronés, tant positifs que négatifs, étaient beaucoup trop fréquents¹⁵.

En parlant des tests obligatoires, M. Doug Hockley, directeur du Programme d'aide aux employés à la *British Columbia Telephone Company*, a affirmé que cela risquait de rendre d'autres méthodes moins efficaces :

L'idée d'une généralisation de ces tests me paraît abominable. C'est aussi extrêmement coûteux. Cela minerait tous les efforts qui ont été faits pour créer un climat d'entente entre le patronat et les travailleurs... Il serait beaucoup plus

¹⁵ Hansen HJ, Caudill SP & Boone DJ. «Crisis in drug testing: results of CDC blind study.» *Journal of the American Medical Association*, 252(16), 26 avril 1985, p. 2382-2387.

Il est incontestable que certains salariés consomment des drogues au travail et que cela leur cause de graves problèmes, ainsi qu'à leurs collègues et à leur employeur. Les gens ne laissent pas leurs problèmes chez eux quand ils se présentent au travail, de sorte que ceux qui ont des problèmes à la maison parce qu'ils prennent des drogues ont en général aussi des problèmes au travail.

En partie parce qu'on a beaucoup parlé ces derniers temps de la détection obligatoire des toxicomanes au travail et parce que le gouvernement des États-Unis vient de prendre des mesures dans ce sens, de plus en plus de gens se penchent au Canada sur la question de la consommation de drogues au travail.

Les rares données dont on dispose révèlent que les tendances sont à peu près les mêmes pour la consommation de drogues au travail et ailleurs dans la société. Ainsi, l'alcool est de loin la drogue la plus consommée au travail. L'abus de substances dangereuses par des salariés peut entraîner une baisse de productivité, un accroissement de l'absentéisme et une augmentation du nombre d'accidents et de journées d'incapacité de travail. Dans son énoncé de principes sur les tests antidrogues, le Congrès du travail du Canada reconnaît la gravité du problème de la consommation de drogues par les travailleurs canadiens :

Les coûts actuels reliés à l'abus de l'alcool et des drogues sont astronomiques. Ils peuvent être évalués en termes médicaux, sociaux et économiques, et se traduisent respectivement par des blessures, des maladies et décès, des problèmes matrimoniaux et émotifs, le chômage et la perte de productivité. Chaque profession, chaque métier, chaque degré de la hiérarchie syndicale-patronale et chaque région géographique du pays est touché par l'usage abusif de l'alcool et des drogues¹³.

L'utilisation de drogues sur les lieux de travail n'est pas sans conséquence pour le public. Beaucoup de témoins nous ont rappelé que la consommation de drogues par des employés du secteur des transports, par exemple, pouvait mettre le public en danger. D'après des statistiques établies par la Fondation de recherches sur les blessures de la route¹⁴, le pourcentage de chauffeurs de semi-remorque tués dans des accidents de la route parce qu'ils avaient bu était inférieur à celui des conducteurs d'automobile. Néanmoins, sur les 56 chauffeurs mortellement blessés sur lesquels des analyses de sang ont été effectuées en 1984 et 1985, 12 (21 p. 100) avaient consommé de l'alcool. Comme dans le cas des conducteurs d'automobile, les chauffeurs de poids lourd mortellement blessés avaient souvent un taux d'alcool élevé dans le sang.

Peu de témoins ont recommandé de soumettre systématiquement à des tests antidrogues les personnes qu'une entreprise emploie ou s'apprête à embaucher. Certains ont affirmé que des tests antidrogues obligatoires permettraient de dépister les toxicomanes et les alcooliques et de les obliger à se faire soigner, et protégerait ainsi le public et les autres employés en éliminant la consommation de drogues au travail. Il est toutefois intéressant de noter qu'aucun des témoins dont le rôle est de découvrir et de traiter les salariés qui abusent de drogues n'est en faveur de tests systématiques.

¹³ Congrès du travail du Canada. Énoncé de principes sur les tests antidrogues, décembre 1986, p. 1.
¹⁴ Donelson A.C., Walsh P.J. & Hass G.C. *Consommation d'alcool par des personnes mortellement blessées dans des accidents de la route : 1985*, la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, décembre 1986.

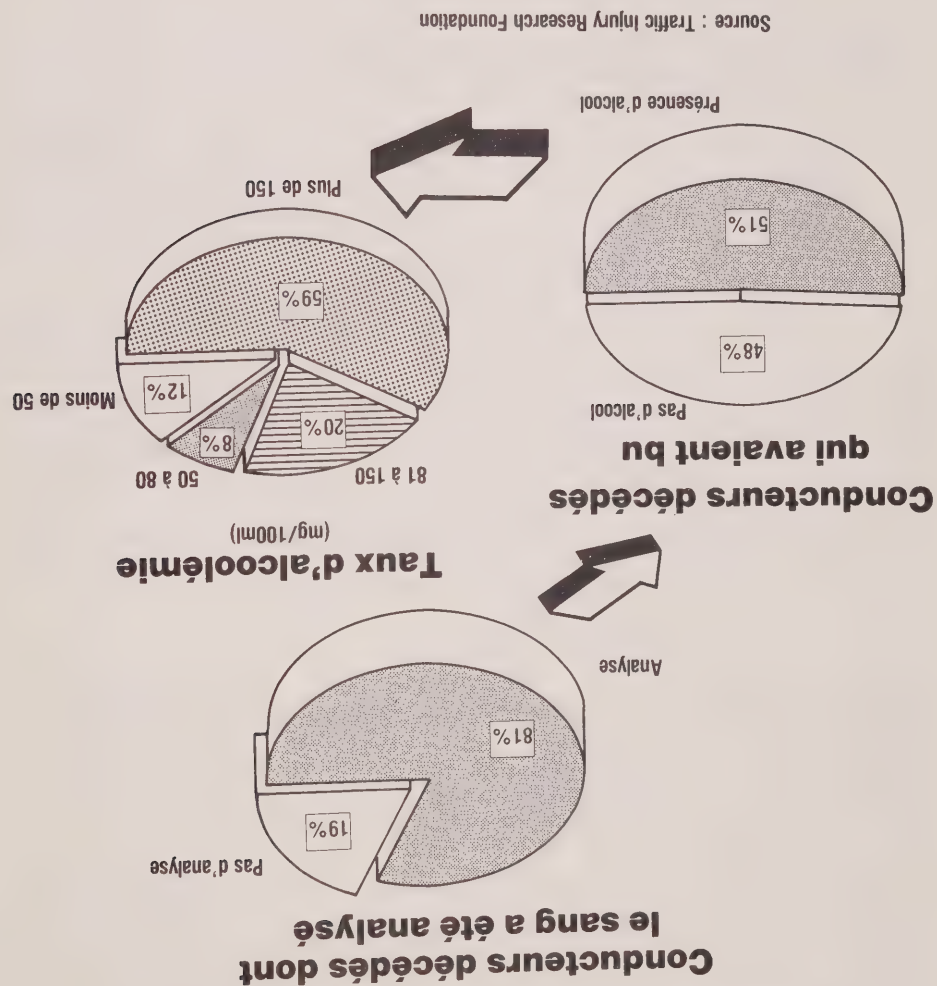
accident de voiture. Cependant, le Comité a appris que ce mécanisme n'était pas utilisé de façon uniforme. Les autorités emploient les « télémandats » dans certains endroits mais pas dans d'autres.

14. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général et à ses homologues provinciaux :

- i) de vérifier dans quelle mesure on se sert de « télémandats » pour autoriser une personne qualifiée à faire les prises de sang nécessaires à des personnes qui sont soupçonnées d'avoir conduit en état d'ébriété et qui, à cause de leur ivresse, d'une blessure ou pour une autre raison, sont incapables d'autoriser la prise de sang ou de fournir un échantillon de leur haleine;

- ii) d'encourager les autorités policières à se servir des télémandats dans les circonstances appropriées.

Tableau 8
Consommation d'alcool chez les conducteurs mortellement blessés (1985)



Certains témoins ont préconisé de prendre des mesures pour que tous les conducteurs impliqués dans des accidents de la route dans lesquels l'alcool a joué un rôle soient passibles des peines prévues par la loi. D'aucuns craignaient que les conducteurs qui, à cause de leurs blessures ou parce qu'ils sont trop ivres, sont incapables de consentir à ce qu'on effectue une analyse de leur sang ou de leur haleine n'échappent à des sanctions.

Depuis que le *Code criminel* a été modifié en 1985, les autorités policières peuvent obtenir rapidement d'un juge, grâce aux « télémandats », l'autorisation de saisir des éléments de preuve lorsque la situation le justifie. Les policiers peuvent obtenir par télémandat l'autorisation de faire une prise de sang à un conducteur impliqué dans un

alcoolémie supérieure à zéro¹². Cette nouvelle règle interdirait donc aux nouveaux conducteurs de prendre le volant après avoir bu même une très petite quantité d'alcool.

Le Comité permanent approuve cette façon de chercher à réduire le nombre d'accidents de la route. La création d'un permis de conduire temporaire qui interdirait aux nouveaux conducteurs et à ceux qui n'ont pas atteint l'âge légal de consommer de l'alcool, de conduire après avoir bu, ne pénaliserait pas les jeunes qui se comportent de façon responsable.

12. Le Comité permanent recommande aux provinces d'envisager, pour les nouveaux conducteurs, la création d'un système de permis de conduire temporaire en vertu duquel le fait de conduire un véhicule automobile en ayant un niveau d'alcool mesurable dans le sang constituerait une infraction pendant cette période de probation ou pour quiconque n'aurait pas atteint l'âge minimum auquel on est autorisé à boire de l'alcool dans la province.

La conduite en état d'ébriété joue un rôle dans beaucoup d'accidents de la route qui font des victimes. Plus un conducteur a bu, plus il a des chances de provoquer un accident mortel (voir le tableau 8). La loi prévoit des sanctions pour la minorité de conducteurs dangereux à comportement anti-social qui continuent à conduire en état d'ébriété. Pour qu'une campagne de lutte contre la conduite en état d'ivresse soit efficace, le Comité permanent estime qu'il faudra appliquer plus rigoureusement la législation actuelle, imposer des peines uniformes, convaincre le public que le risque d'être appréhendé est réel, et faire en sorte que les policiers, les procureurs et les juges soient plus conscients de la gravité de l'infraction et de la nécessité d'appliquer la loi avec rigueur.

Le gouvernement fédéral a été l'artisan des dispositions du *Code criminel* qui énumèrent les infractions qui concernent la conduite avec des facultés affaiblies par une drogue, mais c'est aux provinces qu'il revient de les appliquer. Seule une collaboration étroite entre le gouvernement fédéral et les provinces permettra de lutter efficacement contre la conduite en état d'ébriété. Pour obtenir des résultats, il faut augmenter la probabilité qu'un conducteur en état d'ébriété soit repéré et, s'il l'est, se voie imposer les peines prévues dans la loi.

13. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général du Canada et à ses homologues provinciaux de chercher à mettre en oeuvre ensemble une stratégie nationale de lutte contre la conduite en état d'ébriété. Cette stratégie devrait prévoir :

- i) la multiplication des contrôles routiers afin de repérer les conducteurs en état d'ébriété;
- ii) l'installation dans tous les véhicules de police d'un alcootest portatif;
- iii) une peine minimum pour une deuxième condamnation qui reflèterait la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété;
- iv) la sensibilisation du personnel policier à la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété.

¹² Colombie-Britannique, «Liquor Policies for British Columbians», juin 1987, p. 56.

Certaines statistiques récentes montrent toutefois que les nouveaux buveurs, quel que soit leur âge, constituent un danger plus grand que les autres buveurs. Dans ce cas, le relèvement de l'âge minimum ne ferait que retarder l'apparition des problèmes dus aux nouveaux buveurs qui prennent le volant", ce qui aurait simplement pour effet de déplacer les risques dans une autre tranche d'âge, sans diminuer le nombre global des victimes d'accidents de la route. Une telle mesure pourrait également inciter des personnes qui sont considérées comme des adultes dans toutes les autres situations à boire clandestinement ou à défier ouvertement la loi. On risquerait ainsi d'encourager des attitudes envers l'alcool qui iraient à l'encontre des mesures incitant à boire modérément et raisonnablement.

Étant donné l'importance cruciale de cette question, il est impératif que le gouvernement fédéral et les provinces l'étudient avec la plus grande attention et vérifient dans quelle mesure le changement de l'âge minimum pour consommer de l'alcool peut faire baisser le nombre total de victimes d'accidents de la route. Ils pourront trouver pour cette étude un laboratoire naturel aux États-Unis, puisque ce pays vient de relever l'âge à partir duquel la consommation d'alcool est légale.

Il est clair qu'il appartient aux provinces de fixer l'âge minimum qu'il faut avoir pour consommer de l'alcool. À l'heure actuelle, cet âge est de 18 ou de 19 ans dans toutes les provinces et dans les territoires. Pour fixer à 21 ans l'âge minimum dans tout le Canada, il faudrait obtenir le consentement des provinces. Nous ignorons combien sont disposées à donner leur accord. Vu le manque de données montrant de façon convaincante que les victimes d'accidents de la route seraient moins nombreuses si l'on apportait un tel changement, il importe d'analyser soigneusement la relation entre ces deux éléments.

11. Le Comité recommande au ministre des Transports de faire effectuer une étude sur les rapports entre l'âge à partir duquel la consommation d'alcool est légale et le nombre d'accidents et de victimes de la route.

Il n'a pas été prouvé que le relèvement de l'âge minimum permettrait de diminuer le nombre de personnes tuées ou blessées dans des accidents de la route. Par contre, il est évident que les jeunes conducteurs sont plus souvent impliqués que les autres dans de graves accidents. Le Comité n'ignore pas que la majorité des jeunes se comportent de façon responsable, mais il est également conscient de la nécessité de régler ce grave problème.

En Colombie-Britannique, un groupe de travail provincial a récemment publié un rapport sur la politique de la province envers l'alcool. Ce groupe de travail n'a pas préconisé de relever l'âge minimum pour consommer de l'alcool, mais il a recommandé d'apporter certaines modifications aux règles concernant les permis de conduire afin de réduire le nombre d'accidents de la route. Suivant en cela les conseils du Comité consultatif de l'Ontario sur la réglementation relative à l'alcool, le groupe de travail de la Colombie-Britannique a recommandé de «créer une nouvelle catégorie de permis de conduire avec période de probation et de prévoir dans le *Code de la route* une nouvelle infraction qui consisterait, pour les conducteurs en probation, à conduire avec une

¹¹ Asch P & Levy DT, Does the minimum drinking age affect traffic fatalities? *Journal of policy analysis and management*, 6(2), 1987, p. 180-192.

LA CONDUITE EN ETAT D'ÉBRIÉTÉ

Le Comité permanent a entendu des témoignages inquiétants au sujet des conséquences tragiques de la conduite en état d'ivresse au Canada. Des statistiques fournies par M. John Bates, président de *People to Reduce Impaired Driving Everywhere* (PRIDE), donnent une idée de l'ampleur du carnage que l'ivresse provoque sur nos routes.

On estime que 2 500 Canadiens meurent chaque année victimes de l'ivresse au volant. À cela s'ajoutent 100 000 personnes qui sont gravement blessées ou rendues infirmes chaque année par des chauffeurs ayant consommé de l'alcool. On évalue à 1,5 milliard de dollars le coût que doivent assumer les compagnies d'assurance au seul titre des dommages matériels. Si l'on tient compte des heures de travail perdues, des frais de justice, des soins hospitaliers et médicaux, on pourrait facilement doubler ce chiffre.

Concrètement, ces statistiques évoquent les milliers de tragédies personnelles provoquées chaque année par des accidents de la circulation dans lesquels l'alcool est un facteur. On a toutefois des raisons d'être optimiste. On semble assister à une évolution des comportements depuis quelque temps, parce que le public est davantage conscient des risques que comporte la conduite sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues. Le nombre d'associations de citoyens préoccupés par ce problème, telles que PRIDE et *Students Against Drunk Driving*, est révélateur d'un changement d'attitude. Selon le président de PRIDE, M. John Bates, «personne ne considère plus aujourd'hui que la conduite en état d'ébriété est quelque chose d'acceptable, pas même les conducteurs ivres».

Des représentants de divers organismes ont réclamé de porter à 21 ans, dans tout le Canada, l'âge légal pour consommer de l'alcool. Parmi ces personnes, citons notamment le Dr Réginald Smart, directeur des études sur la prévention à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, le sergent Michel Pelletier du Programme de sensibilisation aux drogues de la GRC, M. John Bates de *People to Reduce Impaired Driving Everywhere* et le Dr Allan Clews de la B.C. Medical Association. Pour certains de ces témoins, le relèvement de l'âge légal pour consommer de l'alcool n'est pas lié avant tout à la question de la conduite en état d'ébriété. Une telle mesure ferait plutôt partie d'une stratégie d'ensemble visant à réduire le nombre d'alcooliques. Ces témoins ont cité des chiffres montrant qu'on diminue la fréquence de la consommation excessive d'alcool et de l'utilisation d'autres drogues quand on relève l'âge de la première consommation d'alcool.

Certains témoins voient dans le relèvement de l'âge minimum un moyen de diminuer le nombre de conducteurs ivres et le nombre de victimes d'accidents provoqués par un conducteur ayant des facultés affaiblies. Même si ce raisonnement est appuyé par certaines données empiriques, il n'est pas nécessairement juste.

En 1972 et 1973, des chercheurs de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie ont étudié les conséquences de la décision prise par l'Ontario de ramener de 21 à 19 ans l'âge légal pour consommer de l'alcool. Dans les cinq premiers mois qui ont suivi l'entrée en vigueur de cette disposition, le nombre d'accidents de la route dans lesquels l'alcool avait joué un rôle a nettement augmenté¹⁰. De même, aux États-Unis, des études ont montré que les adolescents avaient davantage tendance à conduire dangereusement s'il leur était plus facile de boire.

¹⁰ Popham R.E., Schmidt W. & de Lint J. «The effects of legal restraint on drinking, *The biology of alcoholism*, vol. 4, B. Kissin & H. Begleiter, éd., New York, Plenum, 1976.

Les témoins ont fait remarquer que le Conseil consultatif national des autochtones devrait être plus représentatif des autochtones des différentes régions du Canada. Si tous les autochtones étaient mieux représentés, le mandat du Conseil s'en trouverait élargi. Par ailleurs, les représentants qui siègent au Conseil devraient avoir une connaissance particulière des problèmes liés à l'abus des drogues et de l'alcool chez les autochtones du Canada.

10. Le Comité permanent recommande :

- i) que le Conseil consultatif national des autochtones soit plus représentatif des différents groupes d'autochtones du Canada;
- ii) que le PNLAADA établisse bien clairement, de concert avec ce nouveau Conseil consultatif national des autochtones au mandat élargi, les priorités pour le financement des programmes de lutte contre l'abus des drogues chez les autochtones;
- iii) que les décisions relatives au financement de projets répondant à ces nouvelles priorités soient prises conjointement par le PNLAADA et le Conseil consultatif national des autochtones.

À l'heure actuelle, le PNLADA fait appel au Conseil consultatif national des autochtones pour le conseiller en matière de financement des programmes. Le Comité permanent estime que le Conseil devrait examiner dans quelle mesure les priorités actuelles tiennent bien compte des besoins et qu'il devrait s'assurer que les fonds accordés sont répartis à toute la gamme des programmes requis.

Bien qu'ils se soient dits généralement satisfaits du PNLADA, les représentants des groupes autochtones qui ont comparu devant le Comité ont critiqué certaines modalités. La question qui les préoccupait avant tout était celle des priorités établies par le PNLADA en ce qui concerne le financement des programmes. Les témoins ont dit qu'il fallait accorder plus d'importance aux programmes de prévention et de traitement offerts dans les collectivités. Ils ont notamment mentionné les unités de soins mobiles et les programmes visant à relever l'image que les autochtones ont d'eux-mêmes, à favoriser l'épanouissement des cultures autochtones, à assurer des services d'évaluation ou de consultation directe et à évaluer les programmes en place.

- (i) que les objectifs du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLADA) soient modifiés de façon qu'il prévoie une aide à l'intention des Inuit et Indiens inscrits vivant en dehors des réserves;
- (ii) que cette aide soit accordée à des groupes communautaires appropriés.

9. Le Comité permanent recommande :

Pour venir en aide aux autochtones qui vivent en dehors des réserves, il faudrait mettre des fonds à la disposition d'une vaste gamme d'associations ayant la compétence et l'intérêt voulus pour s'attaquer à la toxicomanie chez les autochtones.

Les programmes de traitement à l'intention des Indiens vivant en milieu urbain, comme ceux qui sont offerts par l'Association nationale des centres d'amitié et par le *Poundmakers Lodge*, s'adressent aussi bien aux Indiens inscrits qu'aux Indiens non inscrits et aux Métis. Santé et Bien-être Canada devrait encourager la prestation de tels programmes.

Comme ce fut le cas pour les Indiens non inscrits et les Métis, le Comité permanent a entendu des témoignages selon lesquels le PNLADA ne répond pas, de façon générale, aux besoins des Indiens inscrits vivant en dehors des réserves. M. Pat Shirt, directeur général du centre de traitement autochtone *Poundmakers Lodge*, à Edmonton, a souligné la nécessité d'accroître l'aide destinée aux Indiens vivant en milieu urbain. Dans les propos qu'il a tenus devant le Comité, M. Shirt a décrit Edmonton comme étant la plus grande «réserve» du Canada en raison de son pourcentage d'autochtones. Il a fait remarquer que cette forte concentration d'autochtones en milieu urbain rendait la prestation de services de traitement non seulement nécessaire, mais particulièrement rentable. À l'heure actuelle, les programmes destinés à ces autochtones ne sont généralement pas admissibles aux fonds accordés en vertu du PNLADA.

- (ii) que tous les fonds prévus en vertu du nouveau programme soient versés aux provinces sous réserve qu'elles répondent aux besoins des Indiens non inscrits de leur territoire.

Plusieurs des témoins qui ont comparu devant le Comité permanent ont discuté du partage des compétences en ce qui concerne le financement des programmes à l'intention des Indiens non inscrits et des Métis. Bien que le gouvernement fédéral ait assumé la responsabilité du financement des programmes destinés aux Inuit et aux Indiens inscrits vivant dans les réserves, il n'en est pas ainsi des autres autochtones qui continuent à relever de la compétence des gouvernements provinciaux. Quoiqu'il en soit, le Comité permanent estime que le gouvernement fédéral et les provinces doivent collaborer afin de favoriser l'accès à des programmes appropriés pour tous les autochtones du Canada, sans égard à leur statut juridique.

Le Comité permanent a appris des fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social que le gouvernement fédéral accordait auparavant des fonds aux Indiens non inscrits et aux Métis par l'entremise du Programme de lutte contre l'abus de l'alcool chez les autochtones, qui est devenu depuis le PNLADA. Dans un rapport publié en 1981, le Comité spécial concernant les invalides et les handicapés (Chambre des communes)⁸ a souligné qu'il existait une certaine confusion quant à l'admissibilité à l'aide financière fédérale, et il a recommandé d'examiner le programme «sur le règlement des problèmes de toxicomanie chez les Indiens et les Inuit». Dans sa réponse au rapport, le gouvernement du Canada a indiqué son intention de mettre sur pied le nouveau PNLADA⁹. Cependant, quand le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a cessé d'accorder une aide aux associations d'Indiens non inscrits et de Métis, aucune mesure n'a été prise pour s'assurer que les besoins des autochtones seraient satisfaits.

Même si, au Canada, la prestation de programmes de traitement contre la dépendance est principalement du ressort des provinces, celles-ci partagent avec le gouvernement fédéral la responsabilité du financement de ces programmes. Ainsi, dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la drogue qu'il a annoncée dernièrement, le gouvernement fédéral pourrait verser jusqu'à 20 millions de dollars de fonds supplémentaires par année au titre de programmes à frais partagés visant à réduire la consommation abusive de substances dangereuses. Le gouvernement fédéral peut et doit s'assurer que ces fonds servent à combler les lacunes observées dans les services existants, notamment à répondre aux besoins des Indiens non inscrits et des Métis.

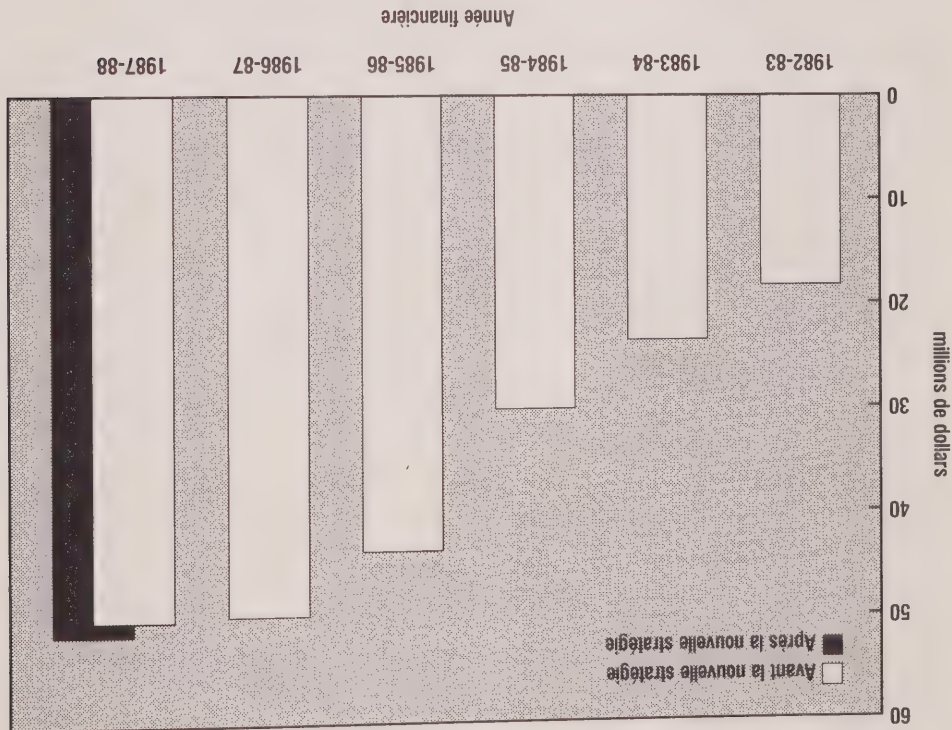
8. Le Comité permanent recommande :

i) que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social accorde une priorité élevée au financement de programmes de lutte contre la consommation abusive de substances dangereuses chez les Indiens non inscrits, dans le nouveau programme à frais partagés qui sera établi à cette fin;

⁸ Comité spécial concernant les invalides et les handicapés. *Suite au rapport : Population autochtone*, décembre 1981.

⁹ Gouvernement du Canada. *Franchir les obstacles : Troisième rapport sur la réaction du gouvernement du Canada aux recommandations issues de l'Année internationale des personnes handicapées*, juin 1983.

Tableau 7
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Budget du PNLADA



Source : Santé et Bien-être social Canada

associations inuit et aux administrations locales. Ces fonds ne peuvent généralement servir qu'à financer des programmes à l'intention des Inuit et des Indiens inscrits vivant dans les réserves. Bien qu'une certaine aide ait été prévue au titre des programmes à l'intention des Indiens inscrits vivant en dehors des réserves, la durée du financement ne peut dépasser un an puisque le but est de faciliter la transition à un mode de vie urbain. Lorsqu'une aide financière au titre des programmes est accordée à des groupes d'Indiens non inscrits, la participation fédérale est fonction du pourcentage approximatif d'Indiens inscrits visés par les programmes en question.

Or, les problèmes de dépendance parmi les autochtones ne se limitent pas aux Inuit et aux Indiens inscrits vivant dans les réserves. Les témoignages qu'a reçus le Comité permanent indiquent que la consommation abusive de substances dangereuses et les problèmes médicaux et sociaux qui s'y rattachent sont plus fréquents parmi les autochtones, quel que soit leur statut, que parmi la population en général. Il a beaucoup été question de la tragédie survenue récemment à Peerless Lake, en Alberta, qui illustre de façon poignante les conséquences désastreuses de la consommation abusive de substances dangereuses chez les Indiens non inscrits du Canada. Le décès tragique de ces six personnes, mortes après avoir bu du liquide pour duplicateurs, a porté un dur coup aux familles éprouvées et à la collectivité.

PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES

Le Comité permanent a reçu des témoignages sur l'ampleur et la gravité des problèmes de dépendance chez les autochtones. Il n'existe pas de tableau statistique complet de la consommation abusive de substances dangereuses chez les autochtones, pas plus d'ailleurs que chez les non autochtones. Cependant, il ressort clairement des statistiques dont on dispose que l'abus des drogues, notamment de l'alcool, constitue un sérieux problème médical et social parmi cette population. Selon certains témoins, l'abus de l'alcool pourrait très bien être la plus grave menace à la santé des autochtones. Ainsi, la *Federation of Saskatchewan Indian Nations* déclare, dans son rapport intitulé *Alcohol and Drug Abuse Among Treaty Indians in Saskatchewan* :

L'abus de l'alcool et des drogues parmi les Indiens de la Saskatchewan est le plus grave et le plus urgent problème social et médical auquel se heurtent les collectivités autochtones. Bien que l'existence du problème ait depuis longtemps été reconnue par ceux qui s'y intéressent, il n'existe pas suffisamment de travaux statistiques sûrs qui permettraient d'évaluer concrètement l'ampleur du problème... Il est évident que les problèmes de santé et les décès chez les autochtones sont en grande partie attribuables à l'abus de l'alcool et des drogues. Ainsi, les taux de mortalité et de mortalité chez les Indiens de la Saskatchewan sont beaucoup plus élevés que pour l'ensemble de la population. Le taux de mortalité normalisé et le taux de mortalité infantile sont le double de ceux observés parmi la population en général. La moitié de tous les décès chez les Indiens inscrits sont dus à des blessures ou à des actes de violence⁶.

D'autres statistiques soulignent la gravité du problème de la dépendance chez les autochtones. Ainsi, d'après un document d'étude ministériel sur les programmes de lutte contre l'abus de l'alcool chez les autochtones⁷, les autochtones admis dans les hôpitaux et les autres établissements de santé sont plus susceptibles que les non-autochtones de faire l'objet d'un diagnostic d'alcoolisme. Ils sont également plus sujets à des bouleversements personnels et sociaux dus à l'alcoolisme. La fréquence d'intervention des sociétés d'aide à l'enfance est aussi plus grande chez eux et, dans la majorité des cas, les enfants sont retirés à leurs parents pour des raisons d'alcoolisme. Le taux d'alcoolisme foetal semble également plus élevé parmi la population autochtone.

Les efforts du gouvernement fédéral pour lutter contre les problèmes de dépendance chez les Indiens et les Inuit passent principalement par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLADA). Ce programme, établi en 1982, vise à réduire la consommation abusive de substances dangereuses parmi les communautés indiennes et inuit du Canada. Il prévoit une aide à l'intention des collectivités désireuses de mettre sur pied des programmes de prévention et de traitement.

Le coût estimatif du PNLADA pour 1987-1988 est de 56 millions de dollars, lequel montant comprend une augmentation d'environ 1 million de dollars au titre de la nouvelle stratégie nationale de lutte contre la drogue (voir le tableau 7). De ce montant global, 52 millions sont versés sous forme de contributions aux bandes indiennes, aux

⁶ *Federation of Saskatchewan Indian Nations. Alcohol and Drug Abuse Among Treaty Indians in Saskatchewan. Needs Assessment and Recommendations for Change*, p. 112.

⁷ Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Affaires indiennes et du Nord. Document d'étude. *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones*, février 1982.

6. Le Comité permanent recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social entame des discussions avec les provinces en vue de créer à Santé et Bien-être social Canada un programme à frais partagés (50-50) doté de crédits supplémentaires pour le traitement des toxicomanes et pour les services de réadaptation.

Le Canada manque sérieusement de services de traitement des toxicomanes, surtout dans le cas des adolescents. D'après les centres de traitement, de plus en plus de jeunes qui ont des problèmes liés aux drogues et plus particulièrement à l'alcool s'adressent à eux. Or, on manque de places pour ces jeunes dans ces établissements. Quand un centre de traitement s'occupe aussi des adolescents, les listes d'attente sont exceptionnellement longues.

Il est crucial d'intervenir très tôt pour régler les problèmes de drogue. Les jeunes qui ont ce genre de problèmes devraient consulter rapidement un spécialiste, et la famille devrait participer au traitement dans la mesure du possible. La participation de membres de la famille est souvent nécessaire parce que la consommation de drogues peut miner les relations familiales et parce que beaucoup d'enfants qui se droguent vivent dans un foyer instable. On manque actuellement de ressources suffisantes pour traiter les adolescents qui abusent de substances dangereuses.

7. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de prévoir des fonds en priorité pour les enfants et les adolescents dans le cadre du programme de traitement des toxicomanes à frais partagés dont la création est envisagée.

LES TRAITEMENTS ET LA RÉADAPTATION SOCIALE

Dans l'ensemble, c'est aux provinces qu'il incombe d'assurer les services de traitement et de réadaptation au Canada. Toutefois, bien que les services médicaux relèvent officiellement des provinces, le gouvernement fédéral joue un rôle dans ce domaine en étant le principal artisan de l'élaboration de la politique, en finançant les programmes et en participant à leur conception. Une des exceptions importantes, dont il est question plus loin, a trait aux services médicaux dispensés aux autochtones.

Aujourd'hui, les gouvernements provinciaux ont recours aux programmes fédéraux dans des proportions variables pour financer une partie des programmes de traitement des toxicomanes. Quand les soins sont donnés par un médecin, dans un hôpital où à son cabinet, le traitement est normalement un service assurable en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Certains témoins ont réclamé la création de nouveaux programmes de traitement en résidence pour adolescents, en affirmant que les provinces devraient accepter d'assurer elles-mêmes ce service quand le traitement est donné par des membres du corps médical.

La plupart du temps, toutefois, le régime d'assurance-santé ne peut pas servir à payer le traitement des toxicomanes. En effet, les services d'évaluation et d'orientation, les foyers, les programmes de jour et les programmes de rétablissement sont souvent confiés à divers employés des services de santé publique et ne sont donc pas habituellement considérés comme des services médicaux assurables.

Deux autres programmes fédéraux ont été utilisés pour le financement à frais partagés des programmes de traitement des personnes faisant un abus de substances dangereuses; il s'agit du Programme de réadaptation professionnelle des personnes handicapées (PRPPH) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Beaucoup de témoins ont affirmé que ces mécanismes de financement ne convenaient pas à ce type de programmes.

Des témoins ont expliqué que la formule de partage des frais (50-50) entre le gouvernement fédéral et les provinces pourrait constituer un mécanisme de financement satisfaisant, mais qu'il était difficile d'utiliser ces programmes pour le traitement des toxicomanes à cause des critères d'admissibilité. Deux types de problèmes ont été évoqués devant le Comité permanent: le fait que les jeunes soient exclus de ces programmes et que ces derniers concernent les personnes «dans le besoin», ce qui entraîne un examen des ressources pour le RAPC et l'exclusion des personnes salariées dans le cas du PRPPH.

Plusieurs témoins ont dit qu'il faudrait que tous les gens qui en ont besoin puissent bénéficier des programmes de traitement de la toxicomanie. Le Comité convient que ces programmes devraient s'adresser à tous les Canadiens qui en ont besoin, indépendamment de leur âge et de leurs ressources financières.

En plus des problèmes évoqués au sujet des mécanismes de partage des frais, des réserves ont été formulées à propos du montant des crédits disponibles dans le cadre de ces programmes. Comme on le verra plus loin, le Comité a reconnu que les jeunes et les autochtones non inscrits avaient besoin qu'on augmente les ressources mises à leur disposition pour les traitements. Cela obligera le gouvernement fédéral à augmenter très crédits affectés à ces programmes. Compte tenu de ces faits, il serait peut-être très souhaitable de créer un nouveau programme à frais partagés ayant des objectifs précis et disposant de fonds supplémentaires.

donneraient de meilleurs résultats. Le Comité juge essentiel d'évaluer les programmes destinés à prévenir l'abus des substances dangereuses afin de bien connaître leur influence et d'utiliser les ressources à bon escient. Pour obtenir des programmes de prévention qui marchent, il est crucial de procéder à des évaluations et de communiquer leurs résultats aux personnes qui s'occupent des programmes de ce genre.

Le Comité permanent reviendra sur la nécessité d'évaluer les programmes de prévention et de traitement et sur l'utilité de divulguer les résultats de ces évaluations dans le chapitre consacré à l'évaluation de la recherche et des programmes et dans celui qui porte sur la création d'un centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses.

Le Comité permanent considère que l'objectif prioritaire des programmes de prévention doit être d'inciter les enfants et les adolescents à ne pas commencer à consommer des drogues.

4. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de consacrer en priorité aux enfants et aux adolescents les fonds du programme de prévention de l'abus des substances dangereuses.

Le gouvernement du Canada a annoncé son intention de lancer une campagne de sensibilisation du public par l'intermédiaire des médias. Le Comité permanent souhaite que la campagne ne soit pas centrée uniquement sur les drogues illicites et qu'elle donne une idée exacte de tous les aspects du problème de l'abus des substances dangereuses.

Les campagnes traditionnelles d'information du public dans les médias ne s'adressent pas particulièrement aux personnes qui ont le plus besoin d'information ou qui courent les plus grands risques. Des témoins ont parlé au Comité de deux initiatives récentes qui permettent aux gens d'obtenir les renseignements dont ils ont besoin grâce à un numéro de téléphone de libre-appel. En Saskatchewan, on a installé une ligne téléphonique gratuite au centre de traitement Calder de Saskatoon pour permettre à ceux qui le veulent de discuter avec un conseiller qui peut leur indiquer où obtenir des services de traitement.

En Ontario, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie a une ligne téléphonique d'information sur la drogue et l'alcool avec plus de 60 messages préenregistrés. Les personnes qui utilisent ce service confidentiel peuvent demander des bandes par leur titre ou leur numéro, et on les leur fait alors écouter immédiatement en français ou en anglais.

Le système d'information de la Fondation conviendrait particulièrement à une utilisation nationale et ne coûterait pas cher. Selon M. Henry Schankula, directeur de la division des méthodes d'éducation à la Fondation, un programme national d'informations préenregistrées coûterait à peu près 20 000 \$ au départ, et les frais d'exploitation annuels s'élèveraient à environ un million de dollars. À ce chiffre, il faudrait ajouter la promotion du service, dont se chargeraient normalement les organismes provinciaux compétents.

Le Comité permanent souhaiterait la création d'un système national s'inspirant de ces deux modèles. Il s'agirait d'un réseau d'information téléphonique auquel pourraient recourir, dans l'anonymat, les personnes qui ont un problème de dépendance. Les intéressés pourraient aussi obtenir le numéro de téléphone de centres de traitement.

5. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de négocier avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et avec les autorités provinciales compétentes en vue d'étendre l'utilisation de la ligne d'information sur les drogues et l'alcool de la Fondation.

D'après des témoins, des évaluations de programmes de prévention scolaires ont révélé qu'un grand nombre de ces programmes étaient inefficaces. Des témoins ont toutefois affirmé qu'on avait lieu de penser que de nouvelles méthodes de prévention

demandé au Comité permanent d'envisager la création d'un programme pour soutenir les efforts des provinces et des organismes socio-éducatifs dans le domaine de la prévention.

Les témoins se sont entendus sur l'importance d'avoir un programme fédéral-provincial à frais partagés pour prévenir l'abus des substances dangereuses. Ce programme devrait avoir des objectifs bien précis correspondant à des besoins reconnus. D'après les témoins, les programmes actuels portent davantage sur le traitement que sur la prévention. Ces mêmes programmes, qui sont financés pour moitié par chacune des parties, ne touchent habituellement pas les jeunes ou ne s'appliquent qu'aux personnes à revenu modeste, ce qui ne convient pas à des programmes de prévention de la toxicomanie.

Dans l'optique de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé qu'un comité mixte fédéral-provincial réexaminerait ces mécanismes de financement. Il s'agit de vérifier la valeur des recommandations portant sur les mécanismes de partage des frais à utiliser dans l'avenir pour de tels programmes. Le Comité permanent recommande fortement d'accélérer cet examen et de créer un meilleur mécanisme de partage des frais.

Étant donné qu'il importe de prévenir l'abus des substances dangereuses plutôt que de s'efforcer de régler le problème après coup, le Comité permanent craint que les crédits destinés aux programmes de prévention locaux dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue ne soient insuffisants.

2. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de créer, avec le concours des provinces, un nouveau programme dont les frais seraient partagés à parts égales et qui comporterait des crédits supplémentaires pour la prévention de l'abus des substances dangereuses.

Dans tout le pays, il existe toutes sortes d'organismes socio-éducatifs qui s'occupent de l'abus des drogues. Le Comité est convaincu qu'il faut encourager les initiatives locales.

Dans les lignes directrices relatives à la distribution de fonds dans le cadre d'un nouveau programme de prévention, il faudra prendre en considération la diversité des objectifs et des méthodes à utiliser, et encourager l'innovation au niveau fédéral, provincial et local.

3. Le Comité permanent recommande de mettre à la disposition d'organismes professionnels et socio-éducatifs, par l'intermédiaire des autorités provinciales compétentes, une partie des fonds du programme de prévention envisagé.

Beaucoup de témoins ont dit au Comité permanent qu'il faudrait que les programmes de prévention visent certains groupes en particulier, et surtout les jeunes. Tout le monde ne s'entendait pas sur l'âge des plus jeunes auxquels devraient s'adresser les programmes scolaires concernant la drogue, mais les témoins admettaient d'une manière générale que ces programmes devraient commencer assez tôt, être permanents plutôt que sporadiques, et être élaborés en fonction de l'âge et du bagage culturel des enfants.

Le point sur lequel ont insisté le plus grand nombre de témoins devant le Comité permanent, a été l'importance cruciale des programmes conçus pour décourager l'abus des drogues. Divers organismes, dont les associations des chefs de police du Canada et de l'Ontario, la GRC, des établissements qui conseillent et traitent les toxicomanes, les commissions provinciales chargées de la toxicomanie, des groupes de chercheurs et des associations de citoyens, ont préconisé d'accorder une plus grande importance à des programmes généraux et efficaces de sensibilisation au problème de la drogue, dans un but préventif.

On a bien fait comprendre au Comité que la famille pouvait jouer un rôle essentiel dans la prévention de l'abus des drogues par les jeunes. Les enfants dont les parents se vendent sur ordonnance, ont tendance à abuser des drogues. Des témoins ont expliqué au Comité que les parents pouvaient beaucoup aider leurs enfants à s'estimer, ce qui constitue une bonne défense contre l'abus des drogues. Des témoins ont déclaré que de nombreux jeunes commençaient à consommer de la drogue sous l'influence de leurs amis. On a observé récemment que les programmes de prévention du tabagisme donnaient de bons résultats. Ils sont fondés sur les influences qui s'exercent sur les jeunes dans la société et consistent surtout à leur apprendre à dire «non»^{4,5}. On pourrait donc peut-être s'en inspirer pour prévenir l'abus d'autres drogues.

Le Comité a également étudié les facteurs socio-économiques liés à l'abus des substances dangereuses. Les jeunes qui viennent de familles économiquement faibles semblent être proportionnellement plus nombreux à consommer des drogues, tout comme les jeunes autochtones.

Les témoins ont expliqué en partie l'abus des drogues par toutes sortes de facteurs : les problèmes familiaux, la pauvreté et le chômage, le mauvais exemple des parents, le manque d'estime de soi, etc. Le Comité sait parfaitement que le succès des solutions proposées dans ce document ne pourra être total. Il ne saurait par exemple être question de formuler ici des propositions visant à éliminer la pauvreté, le chômage et l'isolement social, bien que ces facteurs contribuent dans certains cas au problème de la toxicomanie. Le Comité juge crucial d'apprendre à bien connaître ces éléments et d'autres facteurs afin de pouvoir mettre sur pied des programmes de prévention efficaces.

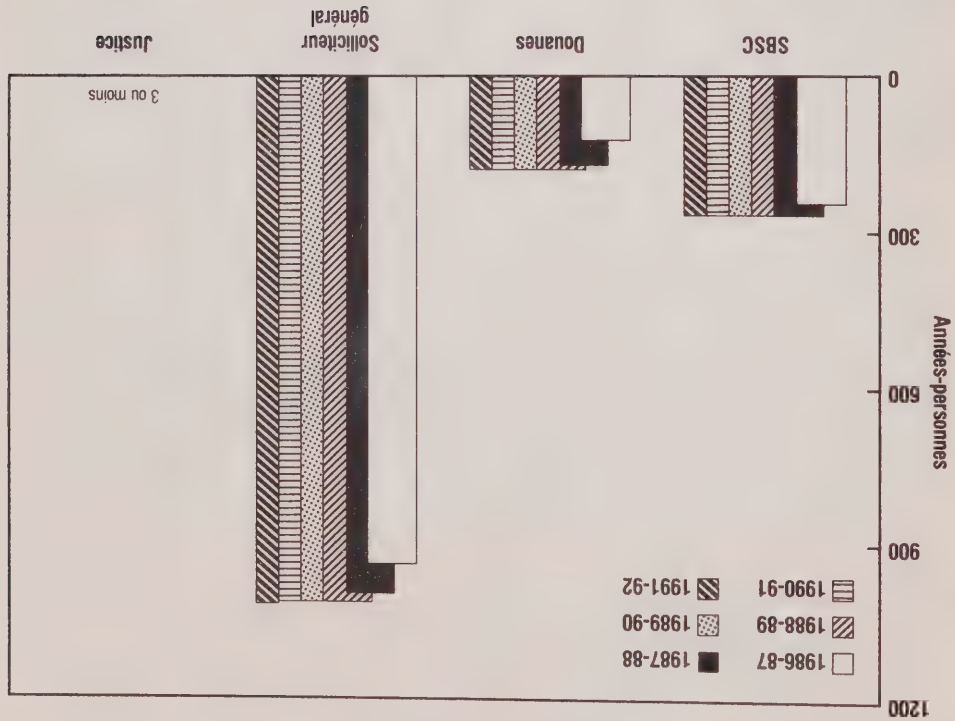
1. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de financer des recherches sur les causes de l'abus des drogues au moyen du Programme national de recherche et de développement en matière de santé.

Des témoins ont affirmé au Comité permanent que les programmes de prévention relevaient avant tout des provinces par l'intermédiaire des ministères de la santé, des ministères de l'éducation et des commissions s'occupant de la toxicomanie. On a

⁴ McAllister, A. «Research approaches to primary prevention», dans *Toward the prevention of alcohol problems: government, business and community action*, DR Gerstein, éd., Washington (D.C.), National Academy Press, 1984.

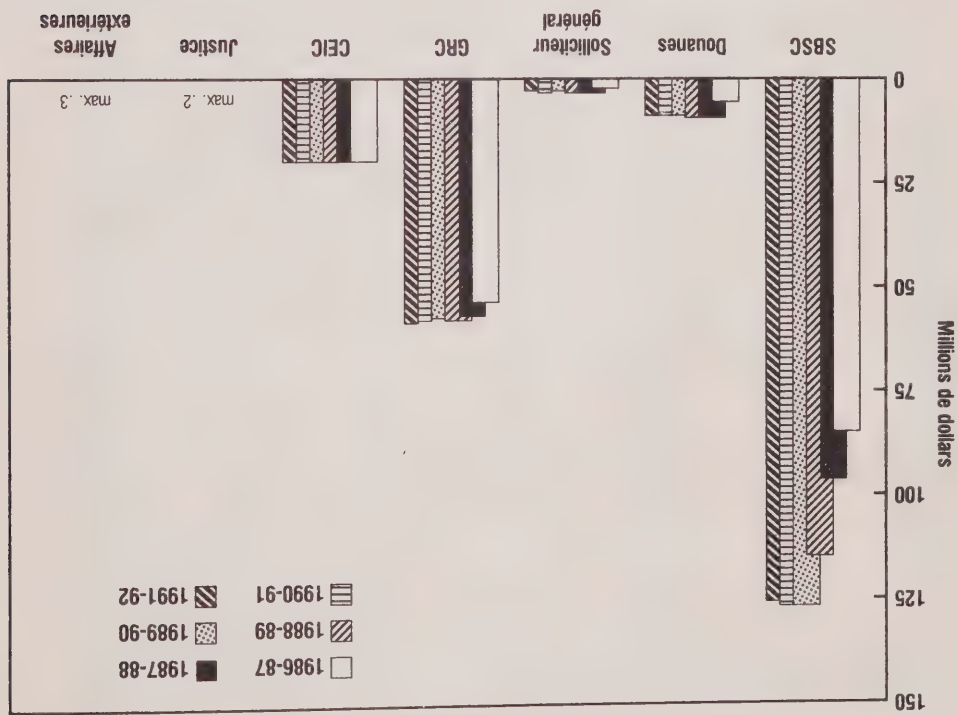
⁵ Polich JM, Eliasson PL, Reuter P & Kahan JP. *Strategies for controlling adolescent drug use*, Santa Monica, Rand Corp., 1984.

Tableau 6
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Années-personnes par ministère



Source : Santé et Bien-être social Canada

Tableau 5
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Crédits par ministère



Source : Santé et Bien-être social Canada

provinces se partagent les coûts des programmes de traitement, il est essentiel que le gouvernement fédéral s'assure que les fonds sont distribués de façon équitable et qu'ils sont consacrés à des programmes de traitement et de rééducation dont l'utilité est incontestable.

La mise en oeuvre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue constitue un grand défi pour le gouvernement fédéral et les provinces. Il est crucial de trouver un juste milieu entre, d'une part, la prévention et le traitement et, d'autre part, les interdictions et l'application de la loi. Le gouvernement fédéral conservera des fonds supplémentaires destinés à la détection et aux activités de la police et des douanes, alors que d'une manière générale les fonds affectés aux programmes de traitement et de prévention seront transférés aux provinces. Dans ce dernier cas, le gouvernement fédéral aura le devoir de s'assurer que les sommes versées aux provinces pour ces programmes sont réparties judicieusement entre les activités visant à réduire l'offre et celles agissant sur la demande. Etant donné que le gouvernement fédéral et les

Comme le montre le tableau 6, le gouvernement fédéral aura ajouté 182 années-personnes d'ici la cinquième année de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue. Cette augmentation comprend 85 années-personnes au ministère du Solliciteur général (dont 82 à la GRC), 63 années-personnes aux Douanes, 31 années-personnes à Santé nationale et Bien-être social Canada, et trois au ministère de la Justice.

tion et au contrôle des drogues dangereuses, tandis que les 52 autres sont consacrées à la promotion de la santé, à la prévention et aux traitements. D'autres années-personnes sont affectées à ce type de tâches à Douanes Canada (123 années-personnes) et à la GRC (961 années-personnes).

Source : Santé et Bien-être social Canada

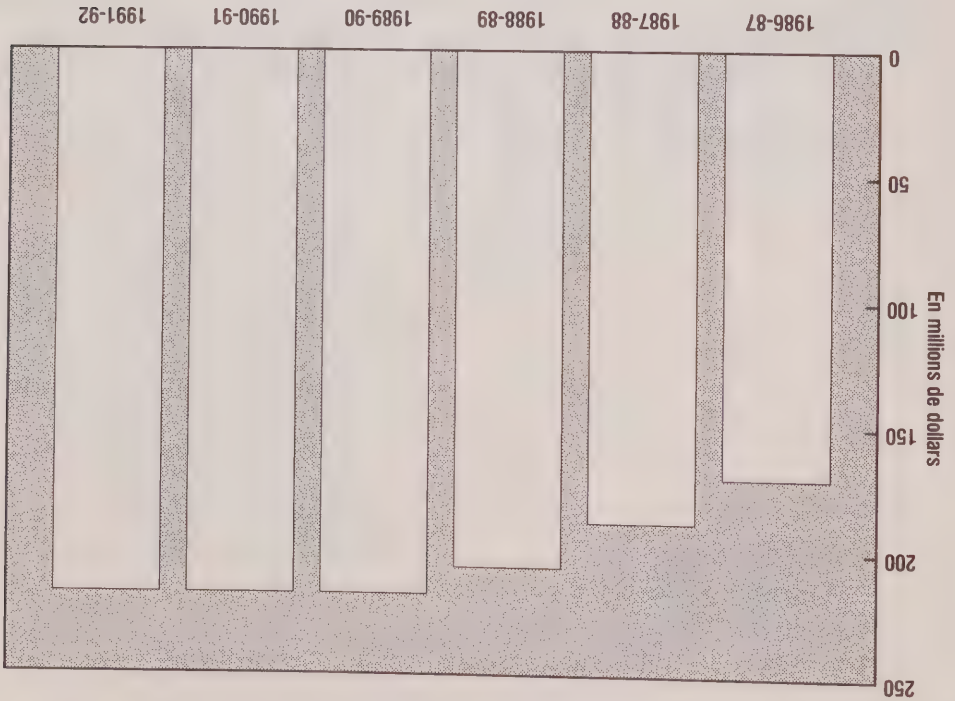


Tableau 4
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Dépenses fédérales relatives à l'abus de substances dangereuses

Parmi ces stratégies, on peut citer des programmes de prévention améliorés touchant un plus grand public, des programmes de traitement nouveaux ou plus développés, l'amélioration de la formation des travailleurs de la santé, des services sociaux et des services de désintoxication, ainsi que des recherches susceptibles de nous aider à prévenir l'abus des substances dangereuses et à régler les problèmes que pose ce phénomène.

Aux quatre coins du pays, des témoins ont demandé que le gouvernement fédéral joue un rôle nouveau dans ce domaine. Tout le monde reconnaît que ce sont les provinces qui sont chargées des services médicaux, des services de prévention et des programmes d'enseignement. Néanmoins, la majorité des gens estiment que le gouvernement fédéral devrait collaborer activement avec les provinces et créer des mécanismes de financement et de partage des frais. Il devrait aussi jouer un rôle de coordinateur, donner l'exemple, élaborer des programmes types et les faire connaître, et enfin, renforcer la législation et son application.

Le 25 mai 1987, le gouvernement a annoncé une nouvelle stratégie nationale de lutte contre la drogue et des crédits supplémentaires répartis sur cinq ans. À l'heure actuelle, le gouvernement du Canada dépense environ 168 millions de dollars par an pour lutter contre la drogue, ce qui comprend à la fois des mesures visant à comprimer l'offre et des programmes dont le but est de réduire la demande de drogues. Les crédits supplémentaires affectés à la Stratégie nationale de lutte contre la drogue ont été fixés à 20 millions de dollars pour 1987-1988 et seront ensuite portés à 50 millions en 1989-1990, ce qui représente pour cette troisième année d'existence du programme une augmentation de 29 p. 100 par rapport aux dépenses antérieures (voir tableau 4). Les crédits supplémentaires totaliseront 210 millions de dollars en cinq ans.

Cinq ministères fédéraux — Santé nationale et Bien-être social, Solliciteur général, Revenu Canada (Douanes et Accise), Justice et Affaires extérieures — bénéficieront de crédits supplémentaires (voir le tableau 5) qui serviront à financer des programmes fédéraux. Cependant, les fonds de Santé nationale et Bien-être social Canada serviront aussi à effectuer des paiements de transfert aux provinces et à des organismes communautaires.

Ces chiffres ne sont que des estimations. De plus, ils ne comprennent pas certains coûts directs et indirects difficiles à calculer. À titre d'exemple, dans le cas des inspections habituelles effectuées par les douanes ou des activités générales de la GRC, il est impossible de savoir exactement quelle est la part des coûts attribuable à la lutte contre la drogue.

Comme auparavant, l'aide fédérale accordée pour le traitement et la prévention dépendra surtout du montant des paiements de transfert destinés aux provinces. Aux quelque 20 millions de dollars en paiements de transfert accordés actuellement pour les programmes à frais partagés (50-50) de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans le cadre du Programme de réadaptation professionnelle viendront s'ajouter 20 millions supplémentaires à partir de la troisième année d'existence de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue.

La majorité des fonctionnaires fédéraux travaillant dans ce domaine s'occupent des programmes de réduction de l'offre. Sur les 249 années-personnes³ du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 197 (79 p. 100) sont affectées à la réglementation

³ Une année-personne est une unité de mesure des ressources humaines qui correspond à l'emploi d'une personne pendant une année complète, ou l'équivalent.

connu sous le nom de MAST. Il s'agit d'un questionnaire qui vise à chiffrer la consommation d'alcool. Le test a révélé que 89 p. 100 des résidents de Stonehenge souffraient d'alcoolisme à divers degrés.

Les porte-parole de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie ont expliqué que les jeunes qui font une consommation excessive d'alcool risquaient davantage d'abuser d'autres drogues. De nombreux témoins ont souligné que les établissements de traitement de la toxicomanie voyaient de plus en plus défilier des gens qui utilisaient plusieurs drogues. Il s'agit en règle générale de personnes qui consomment trop d'alcool, plus d'autres drogues comme des tranquillisants ou du cannabis.

En parlant du besoin de considérer globalement l'abus des substances dangereuses dans les programmes de prévention, le Dr Harold Kalant, de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto et de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, a déclaré :

Il ne sert à rien de considérer isolément une drogue ou un groupe de drogues. Il faut envisager les attitudes et les facteurs d'utilisation des drogues de tous genres afin de pouvoir apporter des changements valables à propos d'une drogue ou d'une autre. Il a ajouté qu'il fallait s'attaquer aux racines profondes de l'abus des drogues plutôt qu'à la consommation de certaines drogues en particulier.

De nombreux témoins ont insisté sur la nécessité de rechercher des solutions équilibrées pour réduire l'abus des substances dangereuses et les problèmes qui en découlent. Même si tout le monde reconnaît qu'il faut des dispositions législatives pour réduire l'offre de substances psychotropes, certains ont dit catégoriquement qu'il fallait surtout chercher à diminuer la demande de ces substances pour pouvoir enrayer le problème de la toxicomanie. Voici ce qu'a déclaré à ce propos le commissaire adjoint Donald Heaton de la GRC :

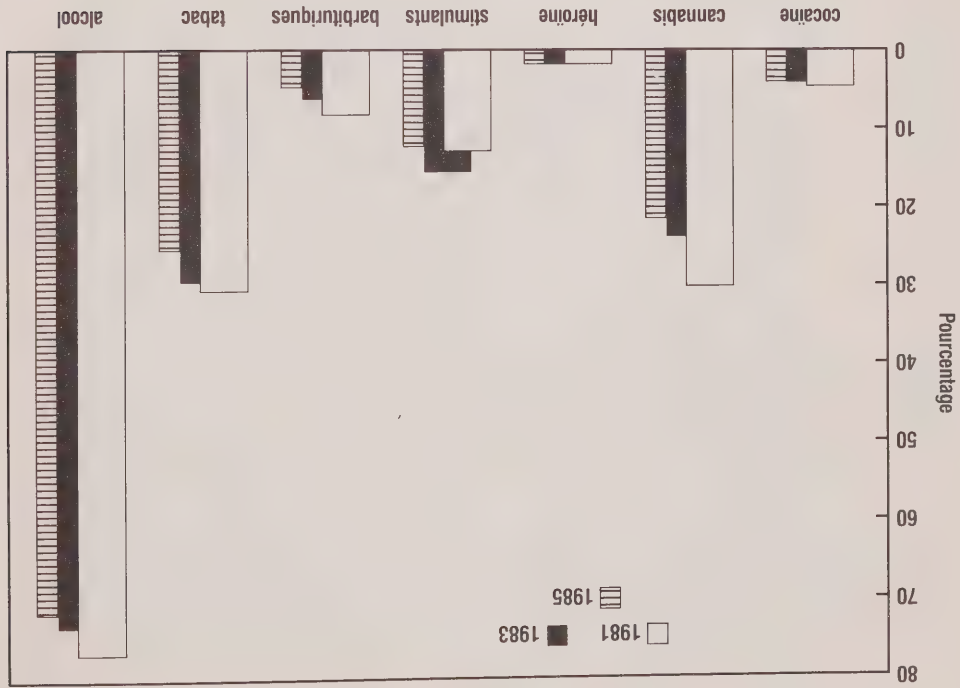
La mise en oeuvre de telles mesures [policières] ne peut qu'endiguer le flot des drogues, et il faut chercher ailleurs une solution à ce problème. Et si un rayon d'espoir luit, c'est sans doute dans le domaine de la prévention et de l'éducation que l'on doit le trouver. Le trafic des drogues, comme tout autre commerce, se fait en fonction de l'offre et de la demande. C'est la raison pour laquelle c'est à cet aspect du problème qu'il faut s'attaquer.

Ce point de vue est notamment partagé par des conseillers en matière de toxicomanie, par des porte-parole du gouvernement et par des membres de corps policiers. M. Greg Stevens, député provincial et président de l'*Alberta Alcohol and Drug Commission*, a insisté sur ce point en parlant de l'importance que la Commission accorde à l'information et à la prévention :

Notre commission reconnaît le bien-fondé des mesures de réduction de l'offre et les appuie sans réserve. Il est important de compléter la vie des traitants de drogue. Mais nous en sommes arrivés à un point où la loi des rendements décroissants fait sentir ses effets. Il convient donc d'axer son action davantage en vue de la mise en place de toute une gamme de mesures complémentaires de réduction de la demande, embrassant la prévention, l'éducation et les programmes de traitement.

Pour que les mesures visant à prévenir ou à éliminer l'abus des substances dangereuses soient équilibrées, il faudra bien sûr chercher, par un travail de nature policière, à diminuer l'offre de drogue tout en trouvant des moyens de réduire la demande de toutes les drogues. Toutefois, il importera aussi de trouver le juste équilibre entre diverses stratégies dont l'objet est de décourager la consommation de drogues.

Tableau 3
Fréquence de l'utilisation de drogues à usage non médical,
Étudiants de l'Ontario de la 7^e à la 13^e année



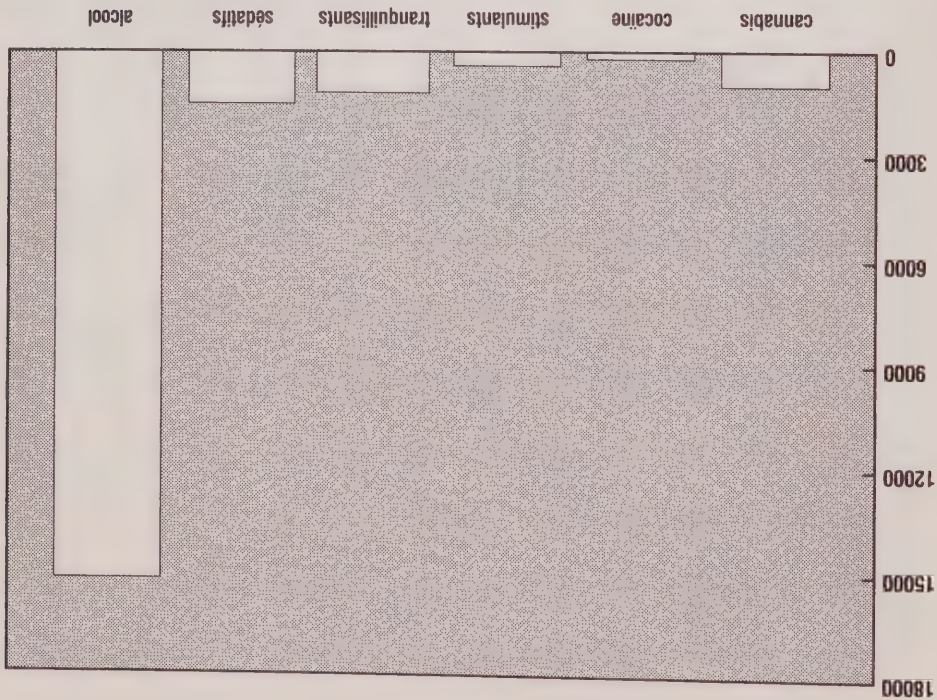
Source : Fondation de la recherche sur la toxicomanie

Bien que beaucoup de témoins aient parlé uniquement des problèmes dus à l'alcool, d'autres ont recommandé au Comité permanent de considérer la question de l'abus des substances dangereuses en général au lieu d'insister sur une drogue en particulier. Dans cet esprit, M. Ross Ramsey, président de la *Kaiser Substance Abuse Foundation*, a déclaré au Comité permanent :

Les médias voudraient nous faire croire que le problème au Canada c'est la cocaïne, l'héroïne ou toute autre drogue qui se vend, mais ce n'est pas vrai. Le problème vient en fait de ce que notre culture fasse appel au psychotrope, et la drogue la plus souvent et la plus régulièrement utilisée au Canada, c'est l'alcool. Je ne veux pas dire par là que la cocaïne et l'héroïne ne sont pas des problèmes graves, mais si notre stratégie nationale s'attache à ces drogues, on manque le coche.

Certaines personnes ont expliqué au Comité permanent que le problème de l'abus des substances dangereuses au Canada était dû de plus en plus à l'utilisation de plusieurs drogues par un même individu, et surtout à la consommation d'alcool avec d'autres substances. Ainsi, M. Neil Ruten, directeur de Stonehenge, clinique de traitement pour les toxicomanes de 18 à 35 ans, a confirmé que la majorité des personnes soignées dans son établissement souffraient aussi d'alcoolisme. Récemment, Stonehenge a fait passer à ses clients le test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan,

Tableau 2
Consommation de drogues licites et illicites par des adultes
 Utilisation au cours des 12 derniers mois en milliers d'usagers, d'après les intéressés eux-mêmes



SOURCE : Santé et Bien-être social Canada

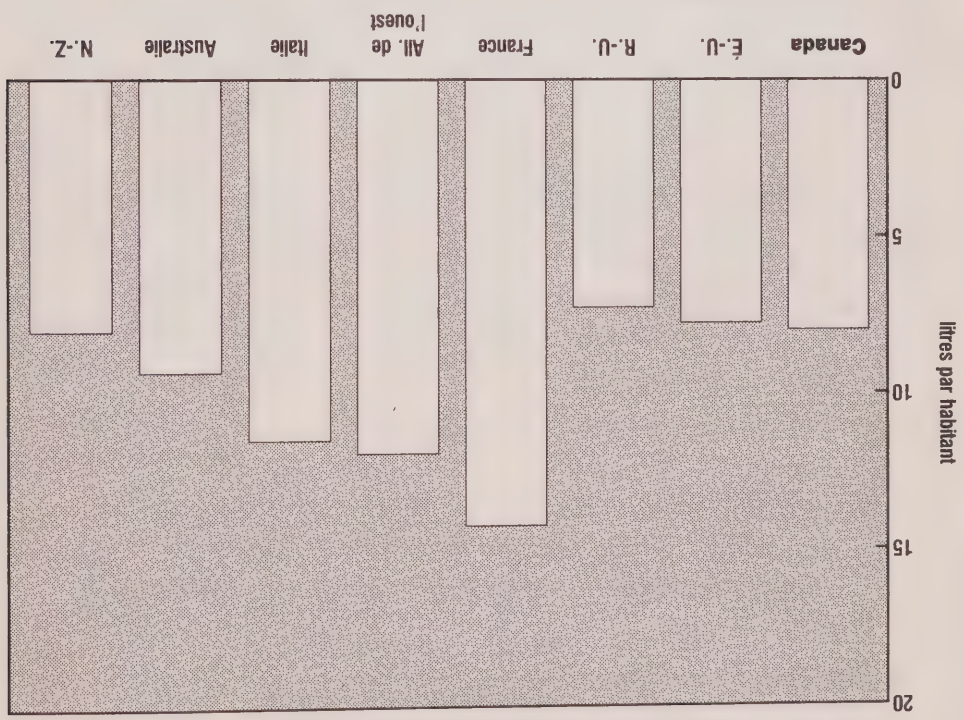
consommation d'alcool, comme d'ailleurs de presque toutes les autres drogues, chez les étudiants du secondaire. Les résultats de ces sondages sont résumés au tableau 3.

Plusieurs témoins trouvent inquiétante la tendance qu'ont les Canadiens à minimiser les dangers de l'alcool. Les Canadiens sont en effet nombreux à ne pas considérer l'alcool comme une «drogue». C'est ce qui a amené M. Howard Greenstein, directeur général de l'*Alcohol and Drug Abuse Commission* de la Saskatchewan, à déclarer au Comité permanent :

Le cannabis est ce qui intéresse le plus les médias. Il faut considérer aussi que l'alcool est une drogue dont l'usage est accepté dans ce pays, [...] il bénéficie d'une publicité vigoureuse dans tous les médias. Pendant longtemps, les parents n'hésitent pas à dire à leurs enfants : écoute, tu peux boire si tu veux, mais ne prends pas de drogue.

Beaucoup de gens trouvent inquiétant que tant d'adolescents boivent de l'alcool au Canada. En outre, des témoins ont déclaré au Comité permanent que de plus en plus de jeunes avaient des problèmes personnels dus à l'alcool. Ce fait est confirmé par le nombre de jeunes gens qui doivent subir un traitement à cause d'une consommation excessive d'alcool ou de drogues multiples.

Tableau 1
Consommation d'alcool par habitant dans certains pays occidentaux (1984)



Source : Association des brasseries du Canada

Le Canada se situe environ au 20^e rang des 129 pays sur lesquels nous avons des données. Il ne faut pas oublier que l'alcool est la drogue la plus importante au Canada. C'est la drogue la plus importante dont nous devons nous préoccuper à tous les niveaux — soit à ceux de l'épidémiologie, de l'information et du traitement.

La table 1 ci-dessous permet de comparer la consommation moyenne d'alcool en 1984 au Canada et dans certains pays occidentaux. Quant au tableau 2, elle indique le nombre de Canadiens adultes qui consomment certaines drogues, d'après leurs propres déclarations.

En 1985, en répondant à un sondage réalisé par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie auprès des étudiants du secondaire en Ontario, environ 70 p. 100 des étudiants de la 7^e à la 13^e année ont déclaré avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois^{1,2}. La plupart en avaient bu au cours du dernier mois, et près de la moitié reconnaissaient avoir pris cinq verres ou plus à une occasion. D'après ce sondage, l'alcool était de très loin la drogue le plus fréquemment consommée. Le Dr Smart a cependant fait remarquer qu'on observe, depuis quelques années, une diminution de la

¹ Smart RG, Goodstadt MS, Adlaf EM, Sheppard MA & Chan GC. «Trends in the prevalence of alcohol and other drug use among Ontario students: 1977-1983», *Canadian Journal of Public Health*, 76, mai-juin 1985, p. 157-162.

² Smart RG, Adlaf EM & Goodstadt MS. «Alcohol and other drug use among Ontario students: an update», *Canadian Journal of Public Health*, 77, jan-fév. 1986, p. 57-58.

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DE LA CHAMBRE DES COMMUNES BOISSON, PILULES ET DROGUE : COMMENT DIMINUER LEUR CONSOMMATION AU CANADA INTRODUCTION

En décembre 1986, le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes a entrepris une étude sur la consommation et l'abus de drogues au Canada. Au départ, l'étude devait porter essentiellement sur l'utilisation illégale de drogues. Toutefois, à la suite de multiples témoignages concordants, le Comité permanent décida d'étudier également d'autres formes d'abus de substances dangereuses dont la consommation est légale dans certains cas et illégale dans d'autres; cela inclut la consommation excessive d'alcool mais exclut l'usage du tabac.

Dans ce rapport, les expressions «abus de drogues» et «abus de substances dangereuses» désignent la consommation de n'importe quelle drogue, qu'elle soit licite ou illicite; elles s'appliquent donc par exemple, à la consommation de drogues illégales, comme le cannabis et la cocaïne, à l'utilisation de solvants, à l'abus de médicaments vendus sur ordonnance et à la consommation excessive d'alcool.

Au cours des audiences du Comité permanent qui ont eu lieu dans diverses régions du Canada, des spécialistes du phénomène de dépendance ont parlé de l'inquiétude que leur inspire l'abus de toutes les drogues, y compris de l'alcool et des médicaments vendus sur ordonnance. De vive voix et dans des mémoires, des témoins se sont dits particulièrement préoccupés par la fréquence et la gravité de la consommation excessive d'alcool. Ces témoignages ont fait ressortir clairement le fait que l'alcool est au Canada la drogue qui fait l'objet du plus grand nombre d'abus. C'est aussi, parmi toutes les drogues, celle qui cause le plus de maladies, de décès prématurés, d'accidents, de problèmes familiaux, de violence et d'autres problèmes sociaux et personnels.

Des professionnels de la santé et des services sociaux, des spécialistes du phénomène de dépendance, des membres de commissions provinciales chargées de la question de la toxicomanie, ainsi que des associations de parents et des éducateurs ont montré au Comité permanent à quel point l'abus de l'alcool est courant. Ce fait est d'ailleurs confirmé par les statistiques sur l'abus des substances dangereuses que des chercheurs et des planificateurs de programmes provinciaux et fédéraux ont présentées au Comité permanent.

Voici, à ce propos, ce que le Dr Réginald Smart, directeur des études sur la prévention à la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie), a déclaré au Comité au sujet de la consommation d'alcool par habitant :

**BOISSON, PILULES ET DROGUE :
COMMENT DIMINUER LEUR
CONSOMMATION AU CANADA**

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA
SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL
SUR L'ALCOOL ET L'ABUS DES DROGUES**

Bruce Halliday, Député
Président

OCTOBRE 1987

BOISSON, PILULES ET DROGUE : COMMENT DIMINUER LEUR CONSOMMATION AU CANADA

TABLE DES MATIÈRES

vii	Table des matières
1	Introduction.....
11	La prévention
15	Le traitement et la réadaptation sociale
17	Les programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones.....
23	La conduite en état d'ébriété
29	Au travail
35	L'alcool
41	La réduction de l'offre.....
42	Les profits du trafic des drogues illicites
43	L'attirail du toxicomane.....
44	Les médicaments vendus sur ordonnance.....
47	La formation professionnelle
49	L'évaluation des programmes
51	Le Centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses
52	Priorités de recherche.....
55	Résumé des recommandations.....
61	Glossaire
65	Appendice «A»—Témoins et mémoires.....
75	Appendice «B»—Autres représentations présentées au Comité.....

REMERCIEMENTS

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social tient à remercier les personnes et les organismes qui ont contribué à cette étude sur l'abus des substances dangereuses. Les audiences publiques du Comité se sont déroulées à Ottawa, à Toronto, à Vancouver, à Victoria et à Edmonton. Le Comité est très satisfait du concours que lui ont apporté les personnes qui ont comparu lors de ces audiences sans toujours avoir eu beaucoup de temps pour se préparer.

Nous désirons remercier la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, de Toronto et la *Nova Scotia Commission on Drug Dependency*, d'Halifax, qui ont été les hôtes du Comité et ont joué le rôle d'experts.

Le Comité permanent se félicite de l'excellent travail accompli par Paul D. Rosenbaum, du Service de recherches de la Bibliothèque du Parlement, qui a fait preuve d'une compétence, d'une patience et d'un dévouement inestimables, et par Garth McNaughton, ancien employé de la Bibliothèque du Parlement, qui a effectué des recherches et a rédigé des documents d'information au début de l'étude du Comité.

Le Comité tient à remercier particulièrement son greffier, Patricia Russell, pour la façon remarquable dont elle s'est chargée des aspects administratifs et logistiques de l'étude.

La contribution des députés Gilles Grondin et Lorne McCuish, qui ont accompagné le Comité dans ses déplacements, mérite aussi d'être soulignée.

Enfin, le Comité remercie le personnel de la Direction des comités et de la législation privée, Dominique Soudet, du Bureau des traductions du Secrétariat d'État, June Murray, de la Bibliothèque du Parlement, et Georges Royer, éditeurs du texte, et les autres services de la Chambre des communes sur l'aide desquels il a pu compter pour réaliser cette étude.

**LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL**

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 96(2) du Règlement, ordre de renvoi relatif au mandat du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, votre Comité a consenti à étudier l'abus de l'alcool et des drogues. Votre Comité a entendu les dépositions des individus et organisations dans le domaine des toxicomanes et exhorte le gouvernement à considérer les recommandations contenues dans le rapport.

PERSONNEL DE SOUTIEN



Patricia Russell
Greffier du Comité



Paul D. Rosenbaum
Attaché de recherche



Lena L'Ecuycer
Relectrice



Danielle Paquette
Secrétaire du greffier

Fiona Bladon, Adjointe administrative

Dominique Soudet, Traducteur, Bureau de traduction, Secrétariat d'Etat

June Murray, Bibliothèque du Parlement, Editrice

Georges Royer, Editeur

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

MEMBRES



Bruce Halliday
Progressiste conservateur
PRÉSIDENT
Oxford (Ontario)



Barry Turner
Progressiste conservateur
VICE-PRÉSIDENT
Ottawa-Carleton
(Ontario)



Sheila Coppins
Libéral
Hamilton East
(Ontario)



Moe Mantha
Progressiste conservateur
Nipissing
(Ontario)



W. Paul McCrossan
Progressiste conservateur
York-Scarborough
(Ontario)



Howard McCurdy
Néo-démocrate
Windsor-Walkerville
(Ontario)



Brian White
Progressiste conservateur
Dauphin-Swan River
(Manitoba)



Gilles Grondin, Libéral
St-Maurice (Québec)



Lorne McCuish
Progressiste conservateur
Prince George-Bulkley Valley
(Colombie-Britannique)

MEMBRES SUPPLÉANTS

(Ceux qui ont voyagé avec le Comité)

**STANDING COMMITTEE ON NATIONAL
HEALTH AND WELFARE**

Chairman: Bruce Halliday
Vice-Chairman: Barry Turner

Members

Sheila Cops
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Howard McCurdy
Brian White

Acting Members

(Those who travelled with the Committee)

Gilles Grondin
Lorne McCuish

(Quorum 4)

Le greffier du Comité

Patricia Russell

**COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ
NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL**

Président: Bruce Halliday
Vice-président: Barry Turner

Membres

Sheila Cops
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Howard McCurdy
Brian White

Membres suppléants

(Ceux qui ont voyagé avec le Comité)

Gilles Grondin
Lorne McCuish

(Quorum 4)

Patricia Russell

Clerk of the Committee

Publié en conformité de l'autorité de l'Orateur de la Chambre des communes par
l'imprimeur de la Reine pour le Canada

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnement et
Services Canada, Hull, Québec, Canada K1A 0S9

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and
Services Canada, Hull, Québec, Canada K1A 0S9

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons by the
Queen's Printer for Canada

Mardi le 4 août 1987
Mercredi le 5 août 1987
Mardi le 1 septembre 1987
Jeudi le 17 septembre 1987

Tuesday, August 4, 1987
Wednesday, August 5, 1987
Tuesday, September 1, 1987
Thursday, September 17, 1987

Président: Bruce Halliday

Chairman: Bruce Halliday

*Procès-verbaux et témoignages du
Comité permanent de la*

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE

NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

RESPECTING:

En conformité avec son mandat en vertu de l'article 96(2) du Règlement, une étude de l'alcool et des drogues au Canada.

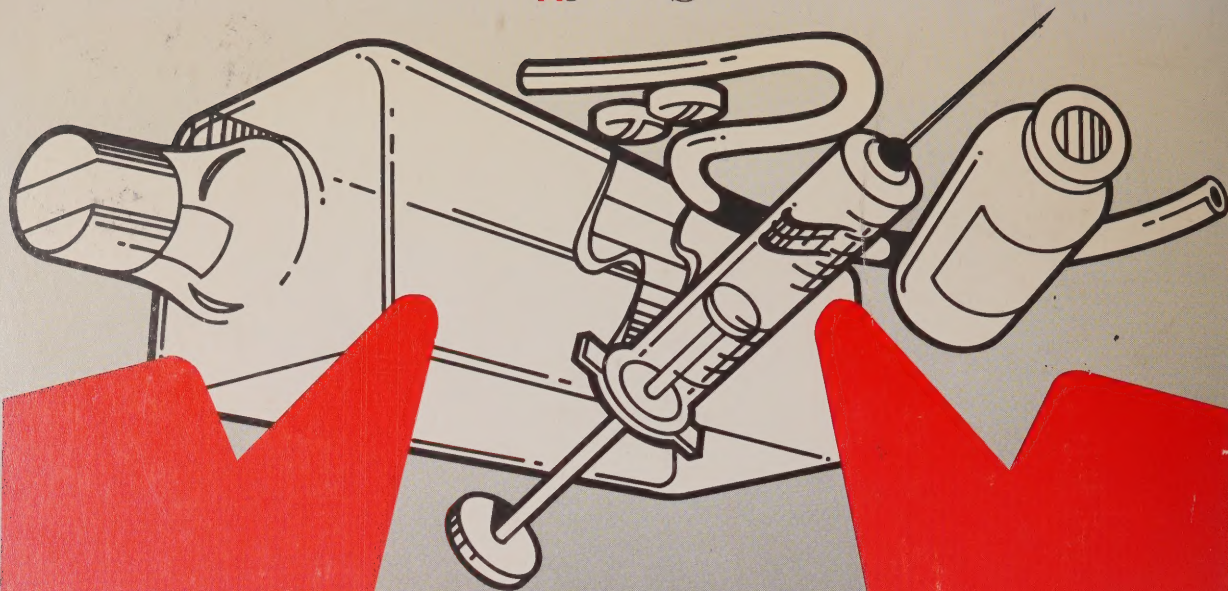
In accordance with its mandate under Standing Order 96(2), a study of Alcohol and Drug Abuse in Canada.

Y COMPRIS:

INCLUDING:

Le Premier Rapport à la Chambre

The First Report to the House



Comment diminuer leur
consommation au Canada

BOISSON, PILULES ET DROGUE:

